



CENTRE AFRICAIN D'ÉTUDES SUPÉRIEURES EN GESTION

DEPARTEMENT CESAG - SANTE

**DIPLOME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES SPÉCIALISÉES EN
ÉCONOMIE DE LA SANTE**

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION XV^{ème} PROMOTION

**ANALYSE COMPARATIVE DE LA DYNAMIQUE DE
DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES SOCIALES AU SENEGAL :
CAS DES MUTUELLES
WER AK WERLE ET TRANSVIE**

Présenté par :

SORO Donakpoho

Serge Florentin

Encadreurs :

- **Dr Ousseynou DIOP**
Economiste de la santé
- **Pr Hervé LAFARGE**
Université Paris Dauphine

Année académique 2012-2013

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	iv
LISTE DES TABLEUX	v
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRE DE L'ETUDE.....	3
Chapitre I: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	4
I.1. FINALITE DE L'ETUDE.....	5
I.2. OBJECTIF GENERAL.....	5
I.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES	6
I.4. HYPOTHESES DE RECHERCHE	6
Chapitre II: CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	7
II.1. CONTEXTE D'EMERGENCE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL.....	7
II.2. DEFINITIONS D'UNE MUTUELLE SOCIALE.....	8
II.3. LES PRINCIPES DE BASE D'UNE MUTUELLE DE SANTE.....	9
II.4. LES TYPES DE SOINS COUVERTS PAR UNE MUTUELLE	10
II.5. LE PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE.....	11
II.6. L'ORGANISATION D'UNE MUTUELLE DE SANTE	12
II.7. LES RISQUES LIES A L'ASSURANCE MALADIE.....	14
II.8. LA GESTION D'UNE MUTUELLE DE SANTE.....	15
Chapitre III: LA REVUE DE LA LITTERATURE.....	17
III.1. LA CLASSIFICATION DES MUTUELLES DE SANTE	17
III.2. MUTUELLES COMMUNAUTAIRES ET COUVERTURE UNIVERSELLE	18
III.3. LES MUTUELLES DE SANTE COMMUNAUTAIRES.....	21
III.4. LE COUPLAGE MUTUELLE DE SANTE/INSTITUTION DE MICRO CREDIT.....	21

Chapitre IV: CONTEXTE DE L'ETUDE	23
IV.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU SENEGAL.....	23
IV.2. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE	23
IV.3. POLITIQUE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE	24
IV.4. LE SYSTEME DE SANTE.....	24
IV.5. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL	27
IV.6. LES REGIMES D'ASSURANCES MALADIE VOLONTAIRES	28
DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL ET RESULTATS	31
Chapitre V: METHODOLOGIE	32
V.1. STRATEGIE DE RECHERCHE.....	32
V.2. DEFINITION DES VARIABLES	32
V.3. METHODE DE COLLECTE DES DONNEES.....	34
V.4. LIMITES DE L'ETUDE	34
Chapitre VI: RESULTATS	36
VI.1. DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE WER AK WERLE DE GUINAW RAILS.....	36
VI.2. DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE TRANSVIE	47
Chapitre VII: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	66
VII.1. DISCUSSIONS	66
VII.2. RECOMMANDATIONS.....	68
CONCLUSION	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	ix
ANNEXES :	xiii
TABLES DES MATIERES.....	lviii



DEDICACES

Je rends grâce à DIEU par l'entremise de son fils JESUS et de sa mère la très SAINTE VIERGE MARIE pour leurs soutien, assistance et protection.

A mon très cher Père pour le soutien financier, pour toute sa confiance placée en nous et pour nous avoir appris le bien fondé de mériter toute chose par le travail et l'effort. Merci Papa pour tous les sacrifices consentis pour nous, puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie afin de profiter du fruit de ta semence

A ma très chère Mère pour l'amour et la tendresse dont elle a su nous témoigner durant toutes ces années. Merci Maman chérie.

A mes jeunes frères, merci pour vos prières et vos encouragements, puisse Dieu vous accorder longue vie et sagesse.



REMERCIEMENTS

A **M. OUSSEYNOU DIOP** qui a accepté volontiers d'encadrer notre travail

A **M. HERVE LAFARGE** pour sa disponibilité, ses orientations et ses conseils avisés

A **Mme ADIARATOU NDIAYE** pour la gentillesse, les conseils, la bienveillance et l'amour manifestés à notre endroit

A **M. CHRIS ATIM** pour sa simplicité et pour nous avoir donné l'amour de la mutualité

A **M. DAME DIAW** Conseiller technique de CIDR Sénégal pour sa contribution à la réussite du travail

A **M ABDOU DIAW** Directeur général de TRANSVIE pour nous avoir permis de réaliser notre stage au sein de sa structure.

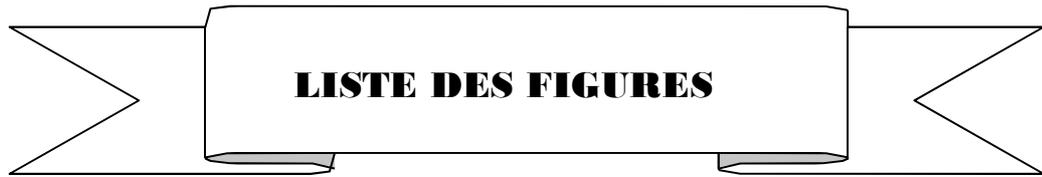
A **M. ZAKARIA DIALLO** Responsable à WANGR qui nous a permis d'avoir toutes les informations sur la mutuelle WANGR

A Messieurs **TANO KOUAO, BAYEBIE BADO, ULRICH ADOMBI** et **TASSI DADJA** pour le travail abattu jusque-là et pour leur soutien multiforme.

A **M. AMANI KOFFI** Directeur de CESAG SANTE et à tous le personnel du CESAG SANTE pour la bonne gestion de l'institut

A tous les stagiaire IVOIRIENS de la 15ème Promotion de DESS économie de la santé

A l'ensemble des stagiaires de la 15ème Promotion de CESAG SANTE pour vos conseils et encouragements, aux membres du groupe UNICEF pour toute l'expérience fructueuse engrangée tout au long des séances de travaux de groupe



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle	19
Figure 2 : Part du nombre d'assurés par types de régimes	30
Figure 3 : Organigramme de la mutuelle TRANSVIE	50
Figure 4 : évolution du nombre d'adhérents de 2008 à 2012	51
Figure 5 : évolution du nombre de bénéficiaires de 2008 à 2012.....	52
Figure 6 : les prestataires les plus demandés en 2012	54
Figure 7 : la demande en actes médicaux pour l'année 2012	55



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires en 2012.....	39
Tableau 2 : présentation du patrimoine de la mutuelle.....	41
Tableau 3 : détail des cotisations par bénéficiaires et par ménages	57
Tableau 4 : évolution des prestataires de soins depuis 2008.....	60

ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

ACDEV : ACtion et DEveloppement

ACOPAM : appui associatif et coopérative aux initiatives de développement de base

AFTU : Association de Financement des Professionnels du Transport Urbain

ANMC : l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétienne

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

BIT : Bureau International du Travail

CAFSP : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

CAMICS : Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé et Comités de Santé

CESAG : Centre Africain D'études Supérieur en Gestion

CETUD : Conseil Exécutif des Transports Urbains de DAKAR

CFA : Communauté Financière Africaine

CIDR : Centre International de Développement et de Recherche

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

DTT : Direction des Transports Terrestres

ENDA : Energy, Environment, and Development

FBS : Fonds Belge de Survie

GIE : Groupement D'intérêt Economique

GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération technique Allemande)

IMF : Institution de Micro Finance

MAS : Micro Assurance Santé

MASMUT : Micro Assurance Santé et Mutuelles de Santé(Belgique)

MECTRANS : Mutuelle d'Epargne et de Crédit des TRANSporteurs

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PHR: Partnership for Health Reform

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PROFEMU : Union Des Réseaux Du Progrès Des Femmes En Milieu Urbain

PROMUSAF : Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique

SNDES : Stratégie Nationale de Développement Economique et Social

SOCOCIM : Société Ouest Africaine Des Ciments

STEP : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

WSM : Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale

INTRODUCTION

Plus d'une trentaine d'années après la conférence internationale d'Alma-Ata, les soins de santé primaires (SSP) restent un élément central de la politique de santé de la plupart des pays africains. Pourtant, des efforts ont été consentis par les états africains avec le soutien de la communauté internationale pour mettre en œuvre les SSP au moyen de nombreux projets et programmes. De même, l'adoption et la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB) depuis 1987, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, n'ont pas permis d'inverser la tendance. Ainsi, en dépit des différents efforts consentis par les Etats avec le concours des partenaires au développement, les populations pauvres et rurales ont, pour les principales interventions sanitaires préventives et curatives, des taux d'utilisation et de couverture plus faibles qu'on le souhaiterait. Dans l'intérêt général, les pouvoirs publics sont toujours tenus de mettre en place un système de santé abordable offrant un large éventail de services de qualité acceptable. Ce système de soins de santé doit être accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus démunis, pour lesquels des dispositions spéciales doivent s'appliquer. En effet, les différentes évaluations de l'Initiative de Bamako ont toutes relevées que la principale faiblesse de cette politique publique est le manque de mécanismes efficaces et pérennes, de subventions et/ou d'exemptions sur la base de ciblage qui garantisse l'accès aux soins pour les plus démunis.

Donc, la tarification pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'un mécanisme de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique, et exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut socio-économique limite la disponibilité permanente de revenu durant toute l'année. Bien que la mise en place des systèmes de financement, garantissant la réduction des inégalités, soit limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases informelles, certaines communautés rurales et quelques prestataires de soins avec l'appui des partenaires, ont initié depuis le milieu des années 80 des mécanismes de partage de risques et de prépaiement des dépenses de soins. A partir des résultats de ces expériences, des politiques de protection contre le risque maladie se sont multipliées en Afrique en vue de l'extension de la couverture en assurance santé. L'engagement des états africains pour la mise en œuvre de ce mécanisme s'est encore réaffirmé lors de l'atelier sur «l'Assurance Maladie en Afrique» tenue au Rwanda du 30 mai au 04 juin 2010, où les mutuelles de santé ont été retenues comme l'un des outils pour étendre la couverture du risque maladie.

C'est dans ce contexte que la Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale(SNDES) 2013-2017 a clairement défini les orientations politiques du Gouvernement du Sénégal pour l'extension de la protection sociale en général et la couverture du risque maladie en particulier. Cependant la vision sur laquelle repose le plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2018) prend totalement en ligne de compte cette orientation vers l'instauration d'un système de couverture universelle contre le risque maladie.

Les principaux axes d'intervention de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie élaborée en 2008 par le Ministère de la Santé, s'intègrent parfaitement dans cette nouvelle vision gouvernementale. Cette stratégie s'appuie sur le principe que l'accès aux soins de santé relève d'un droit dont l'exercice est garanti par la constitution sénégalaise. Elle est sous tendue par le développement progressif d'un système de protection contre la maladie des populations vulnérables et la protection des mutuelles de santé qui sont, à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise.

La présente étude vise donc à une analyse comparative de la dynamique de développement de deux catégories de mutuelles de santé à savoir une mutuelle sociale professionnelle et une mutuelle sociale communautaire. Elle nous permettra donc d'évaluer la dynamique de développement de ces deux mutuelles de santé afin d'y apporter un regard critique tout ceci dans le cadre de l'extension de la couverture universelle au Sénégal.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIÈRE PARTIE

CONTEXTE ET CADRE

DE

L'ÉTUDE

Chapitre I: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

Le financement de la santé est une problématique complexe qui se pose d'une manière d'autant plus aiguë dans les pays d'Afrique où les ressources sont rares. En effet, il existe toujours un gap plus ou moins important entre les ressources disponibles et les besoins en financement de la santé et cette situation implique de faire des choix en matière de financement de la santé. Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base. La pauvreté, la réduction des budgets sociaux et de santé ne font qu'aggraver la situation et handicapent le développement des pays d'Afrique subsaharienne.

Pour tenter de remédier à cette faillite des systèmes publics en Afrique, le financement communautaire des services de santé est devenu incontournable. La mise en œuvre du recouvrement des coûts a révélé que les populations avaient une certaine capacité à payer pour leur santé. Mais, des questions majeures d'équité en termes d'accès aux soins ont rapidement été identifiées non seulement pour les populations qui ne bénéficiaient pas de ressources suffisantes mais aussi pour celles dont les ressources fluctuaient au cours de l'année. Aussi les nombreuses contraintes budgétaires de l'Etat réduisent et limitent sa capacité à faire face aux besoins de financement de la santé dont elle constitue le premier pourvoyeur de fonds.

La politique sénégalaise de financement direct de la santé et la faiblesse du système national de couverture du risque maladie privent les populations pauvres de l'accès aux soins. Pour sortir de cette impasse, la mise en place de dispositifs communautaires de micro-assurance est apparue comme une solution prometteuse. Des principes et une méthodologie comparables à ceux de la micro finance ont été développés pour la distribution de ces services d'assurances santé aux populations pauvres surtout que les acteurs du secteur informel constituent plus de 80% de la population active dans les pays en développement dont le Sénégal

« Les mutuelles de santé sont des associations libres et volontaires de personnes qui, essentiellement au moyen des cotisations de leur membre, leur garantissent une protection contre le risque maladie en dehors de toute assurance publique. Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie ». Les bénéficiaires sont à la fois gérants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers. Le développement des mutuelles reste néanmoins soumis à la faiblesse de la capacité contributive des populations déjà constatée dans le cadre de l'initiative de BAMAKO. La pauvreté des populations s'accompagne logiquement de difficultés dans la disponibilité financière qui sont un frein à la création de mutuelles de santé et au paiement ex ante qu'elles nécessitent. La dégradation de la situation économique de nombreuses régions rurales africaines et l'instabilité des revenus pèsent lourdement sur le développement et la pérennité des systèmes d'assurance maladie à adhésion volontaire par la diminution de la capacité contributive des ménages.

Actuellement 20% de la population bénéficie d'une assurance maladie, pour un objectif de 50% en 2015 dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Comme

souvent en Afrique Subsaharienne, la couverture des dépenses de santé est instituée pour le seul secteur formel alors qu'il ne représente que 10% des travailleurs (Banque mondiale, 2007). Le principal défi est d'étendre l'assurance maladie au secteur informel et à la population la plus vulnérable.

Le Sénégal, dans son processus d'extension de la couverture maladie, se distingue par sa volonté de promouvoir des systèmes assurantiels adaptés à chaque catégorie socioprofessionnelle de la population.

Toutefois, bien que les mutuelles de santé constituent une alternative crédible au développement de la protection contre le risque-maladie, il importe de faire remarquer que leur viabilité est compromise par l'absence de professionnalisation de leur gestion. C'est ainsi que dans la quasi-totalité des mutuelles de santé communautaires, la gestion est assurée par des agents bénévoles, faiblement capacités en la matière et ne disposant pas d'outils appropriés.

Face à la volonté des autorités publiques de ce pays de vouloir étendre l'assurance au secteur informel (rural et urbain) en s'appuyant principalement sur les mutuelles professionnelles et communautaires il nous paraît important d'apporter un regard critique sur l'évolution de ces deux mutuelles de santé.

Dans l'état actuel de leur fonctionnement, lequel de ces deux modèles de mutuelles de santé est plus apte à contribuer à l'extension de la couverture universelle ?

Le processus et les modalités d'implantation des mutuelles ont-ils un impact sur l'atteinte de leurs objectifs?

Les différences de dynamiques de développement de ces deux mutuelles sociales ont-elles un impact sur la capacité du pays à contribuer à la CMU ?

Notre étude se propose donc de faire une analyse comparative de la dynamique de développement de ces deux mutuelles dans une perspective d'extension de la CMU.

I.1. FINALITE DE L'ETUDE

La finalité de cette étude est de promouvoir le développement des mutuelles sociales au Sénégal.

I.2. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de notre étude est de réaliser une étude comparative de la dynamique de développement de ces deux types d'assurance privée, en vue d'en tirer des enseignements pour les stratégies d'extension de la couverture maladie.

I.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Spécifiquement, cette étude a pour objectifs :

- Faire une description de l'organisation et du fonctionnement de ces deux types de mutuelles
- Evaluer les performances des mutuelles
- Analyser leurs forces et leurs faiblesses
- Proposer des pistes de réflexions et des recommandations afin de soutenir et renforcer leur efficacité.

I.4. HYPOTHESES DE RECHERCHE

I.4.1. Hypothèse 1

Le processus et les modalités d'implantation de ces deux mutuelles à un impact sur la performance des mutuelles de santé

I.4.2. Hypothèse 2

La spécificité des mutuelles en termes d'organisation et de fonctionnement a un impact sur leur capacité à se développer

I.4.3. Hypothèses 3

Les mutuelles sociales communautaires constituent une réponse plus favorable à l'extension de la couverture maladie au Sénégal

Chapitre II: CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

II.1. CONTEXTE D'EMERGENCE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL

L'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal, mais déjà trois phases se distinguent dont :

- ❖ Une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994
- ❖ Une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998
- ❖ Une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

La littérature décrit ces trois phases comme suit :

- La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOIM. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé (*effet de démonstration par les paires*)
- La deuxième phase, entre 1994 et 1998, marque la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Durant cette période, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit
- Enfin la troisième phase faisant suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998. Cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé,

la CAMICS. Depuis 1998, les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation, en appui à la politique définie par le gouvernement du Sénégal. Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar, en appui à la politique définie par le gouvernement du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé.

II.2. DEFINITIONS D'UNE MUTUELLE SOCIALE

Selon le règlement (n° 07/2009) de l'UEMOA une mutuelle sociale est un « groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences »

Pour LETOURMY(2005), une mutuelle est un groupe de personnes qui s'organisent pour faire face, au moyen de leurs seules cotisations, aux conséquences d'un risque social qui les menace ainsi que leurs familles. C'est une notion qui ne s'applique pas uniquement à un organisme visant la protection contre la maladie. Les mutuelles se définissent comme des sociétés de personnes, par opposition aux sociétés de capitaux

Elles sont censées tirer leur identité du respect de cinq grands principes :

- la non-lucrativité ;
- la solidarité ;
- le volontariat ;
- la démocratie ;
- l'indépendance.

Pour lui trois éléments caractérisent, en pratique, les mutuelles de santé :

- les adhérents bénéficient d'un mode d'accès privilégié aux soins.
- la prise de décision (ou gouvernance) des mutuelles est exercée par les cotisants *via* un système de représentation

- les mutuelles sont destinées à constituer des unions et des fédérations, qui sont organisées selon les mêmes principes que les entités de base.

Mais elle peut également être définie comme « une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents. Au moyen de la cotisation des adhérents, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue d'assurer la prévention des risques liés à la maladie ainsi que la prise en charge de leurs conséquences et la promotion de la santé. »¹

Une mutuelle de santé combine les deux principes fondamentaux de l'assurance et de la solidarité. Par cette solidarité, les adhérents d'une mutuelle de santé expriment leur volonté de prendre en main eux-mêmes leurs problèmes, en s'assistant mutuellement. La cotisation concrétise le principe d'entraide et de solidarité au sein de la mutuelle: chaque adhérent bien portant accepte que sa cotisation soit utilisée pour couvrir les dépenses des autres adhérents malades. Il s'agit d'un partage des risques entre les adhérents; aussi un individu ne peut bénéficier des prestations de sa mutuelle de santé s'il n'est pas à jour dans le versement de ses cotisations.

II.3. LES PRINCIPES DE BASE D'UNE MUTUELLE DE SANTE

Les principes de base d'une mutuelle de santé qui ressemblent à ceux de beaucoup d'organisations sont les suivants :

- **Solidarité entre les adhérents** est un concept dynamique, c'est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations financières et une sélection des risques. Dans une mutuelle de santé, les modalités de fixation des cotisations — cotisation égale pour tous ou proportionnée aux moyens financiers des adhérents (par exemple en pourcentage du salaire) — ne dépendent pas du risque encouru par l'adhérent.
- **Fonctionnement démocratique et participatif.** La mutuelle, comme la plupart des associations professionnelles, est le fruit de la liberté d'association; chacun est libre d'adhérer à une mutuelle sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Tout cela s'exprime à travers des structures qui garantissent aux adhérents la participation aux prises de décisions et la possibilité de contrôler le fonctionnement de l'organisation mutualiste.

¹ Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide BIT 2001

- **Autonomie et liberté.** Une mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cela permet d'adapter les services offerts aux besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des adhérents de la mutuelle. De plus qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions, mais qu'elle obéit aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement par rapport à l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques ou des groupes de pression.

- **Epanouissement de la personne ou le respect de la dignité humaine dans toutes ses dimensions.** C'est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaisant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement personnel doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres
- **La non-lucrativité :** une organisation mutualiste ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature et sa vocation de consacrer son action au service de ses adhérents. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif
- **La responsabilité :** la solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses adhérents aient un comportement responsable. tous les autres principes de la mutualité resteront lettre morte si la gestion d'une organisation mutualiste n'est pas rigoureuse, si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle ou dans les décisions qu'ils prennent.
- **La dynamique d'un mouvement social :** les adhérents sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien-être commun et des intérêts collectifs.

II.4. LES TYPES DE SOINS COUVERTS PAR UNE MUTUELLE

Les mutuelles peuvent couvrir une ou plusieurs catégories de soins à savoir :

- **Les petits risques ou les soins de santé de base :** ce sont généralement des soins courants et de faibles couts, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils regroupent les soins préventifs et

d'éducation à la santé (les vaccinations, le suivi des nourrissons, la planification familiale, etc.) et les soins curatifs (consultations, soins infirmiers, accouchements assistés).

- **Les soins hospitaliers** : ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés.
- **Les soins spécialisés** : ils comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, dentiste, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (la radiologie et la biologie clinique) effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit lors d'une consultation externe.
- **Les médicaments** : il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Étant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments essentiels et génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.
- **Les divers** : il s'agit des frais de transport des malades ainsi que le paiement d'un revenu de base forfaitaire pour compenser la perte de revenu du chef de famille hospitalisé, bien que ce service nécessite une contribution importante de la part des assurés.

II.5. LE PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE

La mise en place d'une mutuelle de santé se déroule en quatre étapes classiques qui sont :

- La prise de conscience par les adhérents potentiels des difficultés et des besoins partagés en matière de santé, et décision de mettre en place une solution commune, la mutuelle de santé.

Pour cela les activités suivantes sont nécessaires : d'abord il faut vérifier que les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont réunies, ensuite sensibiliser et animer la population cible et enfin constituer un groupe de travail ou comité d'initiative.

- La réalisation d'une étude de faisabilité afin de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle.
- La définition de la formule mutualiste la plus adaptée : services, organisations et fonctionnement de la mutuelle.
- La constitution de la mutuelle et démarrage des activités

II.6. L'ORGANISATION D'UNE MUTUELLE DE SANTE

La mutuelle de santé est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Cette vie démocratique de la mutuelle ne peut se réaliser que si les adhérents exercent leurs droits et prennent leurs responsabilités dans les différentes instances en pleine connaissance de cause.

II.6.1. L'organisation interne d'une Mutuelle de Santé

L'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne, entre autres, l'efficacité du fonctionnement et le respect des principes mutualistes. La structuration et les organes d'une mutuelle de santé doivent favoriser la démocratie, l'entraide, la solidarité, la responsabilité et la participation active de tous les adhérents.

Néanmoins cette organisation peut différer d'un pays à l'autre, notamment en fonction des législations existantes. Là où n'existe pas encore une législation spécifique sur les mutuelles de santé, c'est souvent la loi sur les associations qui s'applique. Bien souvent, pour mettre en œuvre les différentes activités qui caractérisent une mutuelle de santé, elle se dote de quatre organes que sont :

- Une assemblée générale (AG);
- Un conseil d'administration (CA);
- Un comité exécutif (CE) ou comité d'exécution
- Un comité de surveillance (CS) ou commission de contrôle

Toutefois, celle-ci dispose d'une grande liberté d'organisation et doit chercher à adapter sa structure et ses organes au contexte et à la mission qu'elle s'est fixée. De plus chaque mutuelle doit veiller à adapter cet organigramme en fonction de ses particularités.

Ainsi pour une mutuelle de petite taille, on peut envisager, par exemple, de regrouper le CA et le CE en un seul organe. Pour les mutuelles de grandes tailles des mécanismes de représentation des différents groupes (géographiques, professionnels, etc.) sont à établir pour permettre la participation des adhérents sans que celle-ci ne devienne trop coûteuse ou paralysante pour l'activité.

- **L'assemblée générale** : est l'organe Suprême de décision d'une mutuelle de santé. Elle regroupe tous les membres adhérents de la mutuelle. L'A.G. se réunit dans bien de cas une fois par an en session ordinaire. Ses décisions sont sans recours et s'imposent à tous.

- **Le conseil d'administration** : est l'organe de gestion de la mutuelle. C'est elle qui gère la vie de la mutuelle entre deux A.G. La composition du C.A. varie d'une mutuelle à l'autre. Certaines de ces décisions peuvent être mises en cause par l'A.G mais s'impose au Comité Exécutif .Les membres du CA assurent gratuitement leurs fonctions. Les frais occasionnés par leurs activités (déplacements, etc.) peuvent être remboursés.
- **Le comité exécutif** : est l'organe d'exécution de la mutuelle. Il constitue le cadre d'application des décisions de l'A.G. et du C.A. de qui il détient son pouvoir. Il s'agit généralement de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités. Sa composition varie aussi d'une mutuelle à une autre.
- **Le comité de contrôle** : C'est l'organe qui contrôle les actions du C.A. et du C.E. Il a pour mission de contrôler la gestion et le respect des procédures et de rendre compte aux autres organes. Son contrôle va au-delà de la gestion financière, il s'intéresse aussi à la qualité des soins, à la conformité du diagnostic avec le traitement et à la prescription.

II.6.2. L'adhésion à une Mutuelle de santé

La mutuelle de santé dans le cadre de l'assurance confère à l'adhérent un droit principal qui est la couverture des risques maladies. En effet l'adhérent, aussi appelé «membre», «titulaire» ou «assuré», est toute personne qui «adhère» à la mutuelle. Mais celui-ci pour bénéficier de ce droit doit s'acquitter de certaines obligations à savoir :

- Le respect des principes de base de la mutuelle ainsi que des règles de fonctionnement définies dans les statuts et le règlement intérieur
- Le paiement d'un droit d'adhésion ou de la carte de membre
- Le versement régulier de sa cotisation selon la périodicité définie par la mutuelle (quotidienne, hebdomadaire, annuelle, etc.) et ce même s'il n'a pas encore bénéficié des prestations de cette dernière.

En principe, toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique, peut adhérer à une mutuelle de santé. Pour les mutuelles des micro-entrepreneurs, les adhérents doivent répondre aux critères fixés par les associations professionnelles.

De plus l'adhérent peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle à un certain nombre de personnes qui dépendent de lui. Elles sont appelées «personnes à charge». Ce sont généralement les conjoints et les enfants jusqu'à un certain âge ou toute autre personne

dépendante de l'adhérent selon les règles définies par la mutuelle. Les adhérents et les personnes à charge constituent les «bénéficiaires» de la mutuelle.

Dans une mutuelle de santé, les parents ascendants ne sont pas pris en compte, parce que considérés comme une famille séparée qui doit payer sa cotisation à part. Cependant, l'affiliation de certaines personnes peut poser des problèmes financiers à la mutuelle. Il s'agit de «cas lourds» qui augmentent les dépenses liées à la prise en charge des bénéficiaires: les personnes âgées et les malades chroniques (diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, porteurs du virus du sida, etc.).

Mais plus généralement, l'adhésion passe par plusieurs étapes. Elle suit souvent le processus ci-dessous.

- Une demande d'adhésion doit être formulée, oralement ou par écrit en remplissant un formulaire contenant les informations de base sur le titulaire et les personnes à charge. Ainsi, il exprime sa volonté d'adhérer et son engagement à respecter les statuts et le règlement intérieur.
- Le paiement du droit d'adhésion et de la cotisation pour la période correspondante. La personne devient ainsi adhérente
- L'inscription de l'adhérent et de ses personnes à charge dans le registre d'adhérent. Par conséquent, un numéro de code est attribué à l'adhérent ainsi qu'à chacune des personnes à charge.
- L'information de l'adhérent sur les statuts et le règlement intérieur afin de lui permettre de connaître ses droits et obligations.
- Une période d'observation devra être respectée par l'adhérent avant de pouvoir bénéficier des prestations. Durant cette période, le nouvel adhérent paie ses cotisations mais ne bénéficie pas des droits aux prestations de la mutuelle. Tout ceci pour permettre à la mutuelle de constituer des réserves financières pour sécuriser la prise en charge des dépenses de soins de ses bénéficiaires et pour lutter contre le risque de sélection adverse.

II.7. LES RISQUES LIES A L'ASSURANCE MALADIE

Une mutuelle de santé est confrontée à certains risques liés à l'assurance. Ces risques découlent en grande partie des choix et des modalités de prises en charge des dépenses de santé des bénéficiaires ainsi que des mécanismes de fonctionnement de la mutuelle. Ils sont liés au fait que le système d'assurance mis en place par la mutuelle aura des incidences sur la demande et l'offre de soins.

Les risques majeurs auxquels s'exposent toute mutuelle de santé sont les suivants :

- **La sélection adverse** survient lorsque des personnes présentant un risque de maladie élevé souscrivent à une assurance dans une proportion plus importante que les autres membres de la population. Egalement appelée anti sélection, elle remet en cause un des fondements de l'assurance à savoir le principe du partage de risques entre les malades et les bien-portants.
- **Le risque moral** est la situation souvent observée où des adhérents ou des personnes à leur charge tendent à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés à partir du moment où ils sont assurés.
- **La sur prescription** est la situation où les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.
- **Les fraudes ou abus** interviennent surtout lorsque la mutuelle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part des personnes à sa charge. Les abus et fraudes se traduisent concrètement pour la mutuelle par une augmentation de l'utilisation des services de santé.
- **L'occurrence de cas «catastrophiques»** lié à des événements exceptionnels et non maîtrisables par la mutuelle, concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge.

II.8. LA GESTION D'UNE MUTUELLE DE SANTE

La gestion d'une mutuelle de santé doit être bien préparée avant le démarrage de ses activités. Sinon lorsque les mécanismes de gestion sont mal préparés, la mutuelle a de fortes chances de connaître des dysfonctionnements importants.

La gestion des mutuelles de santé se fait à trois niveaux :

- La gestion des ressources humaines
- La gestion des ressources matérielles
- La gestion de ressources humaines

La gestion des ressources humaines : elles sont fortement dépendantes de la taille de l'organisation et du montant des cotisations pouvant être demandées aux adhérents. Ainsi les mutuelles de petites tailles reposent principalement sur le bénévolat. Les fonctions administratives et de gestion, souvent exigeantes et contraignantes sont à leurs charges. Pour les mutuelles de grandes tailles une part des responsabilités est généralement déléguée à un personnel salarié.

La gestion des ressources matérielles : la mutuelle étant une «entreprise de services», elle gère essentiellement des flux financiers et des flux d'informations. Les moyens matériels d'une mutuelle qui sont fonction des activités, de la taille et des moyens financiers de la mutuelle se composent des locaux de permanence ou secrétariat, de matériel informatique, de matériel roulant (voitures, motos, bicyclettes); de mobilier de bureau (bureau, chaises, coffre-fort, etc.) et de fournitures de bureau.

La gestion des ressources financières : celle-ci se déroule en quatre parties que sont la gestion des adhérents et des prestations, la gestion comptable, la gestion financière et enfin le suivi.

- Concernant la **gestion des adhérents**, elle regroupe les tâches liées à l'enregistrement et au suivi des adhésions, à la collecte des cotisations et à leur enregistrement, au suivi et au versement des prestations. De plus la gestion des adhésions et des prestations permettent également de disposer de toutes les informations nécessaires au suivi et à l'analyse des performances de la mutuelle.

Plus généralement toutes les mutuelles disposent des outils de gestion et de prestations tels que la carte d'adhérent, le registre des adhérents et des bénéficiaires; la lettre de garantie, l'attestation de soins, la facture du prestataire de soins et la fiche de suivi par prestataire de services.

- **La gestion comptable** quant à elle consiste à enregistrer les différentes opérations de la mutuelle, sous la forme d'entrées et de sorties de ressources, de les classer et de les traiter. Elle suit les différentes phases de réalisation des activités de la mutuelle sur un exercice (démarrage, exploitation et clôture).

Elle repose sur des méthodes, des documents et des outils de gestion tels que le livre de caisse, le livre de banque, le journal, le grand livre, les pièces justificatives, le compte de résultat et le bilan. Ces outils sont communs à toutes les organisations qui sont réglementées par la législation.

- **La gestion financière** elle a pour objectif d'assurer la viabilité financière de la mutuelle sur le long terme. La gestion des disponibilités financières étant un élément important pour la viabilité de la mutuelle, celle-ci peut faire un accord avec une institution financière pour le dépôt à terme de fonds. Les outils de gestion financière sont constitués du compte de résultat et du bilan, du budget, du plan de trésorerie et des ratios financiers.
- **Le suivi** est très important car il doit permettre de suivre les adhésions, les prestataires de services, l'évolution des prestations remboursées, le coût moyen des prestations, les ratios financiers, etc. Mais celui-ci doit permettre de déceler rapidement les problèmes ou évolutions importantes de manière à ce que le conseil d'administration puisse prendre les décisions et mesures qui s'imposent en temps utile.

Chapitre III: LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

III.1. LA CLASSIFICATION DES MUTUELLES DE SANTE

Pour NDIAYE(2006), plusieurs critères sont utilisés pour identifier les différentes formes de mutuelles. Cependant on trouve plusieurs approches dont on peut classer les plus courantes selon trois logiques : sociale, économique et organisationnelle.

- **Approche sociale** elle s'intéresse aux caractéristiques qui définissent et distinguent les membres et les secteurs dans lesquels ils évoluent (formel/informel), la forme d'adhésion (volontaire ou obligatoire) ou le public cible et la couverture territoriale, etc. Cette approche s'intéresse aussi au mouvement social qui prend l'initiative de mettre en place la mutuelle (communauté, syndicats, coopératives, mouvements de femmes, associations de crédit, religion, etc.).

Ainsi on distingue **les mutuelles au premier franc** des **mutuelles complémentaires**. Dans le premier cas les prestations sont exclusivement supportées par les cotisations des membres et ceux-ci ne disposent que de cette assurance maladie. Elles sont généralement organisées sur une base territoriale et sur la base de regroupements de travailleurs du secteur informel. Les mutuelles complémentaires, quant à elles, sont soit créées par des salariés agent du secteur public ou privé, soit par des corporations qui disposent déjà d'une assurance maladie et placent la mutualité pour la prise en charge des pathologies exclues du système formel ou de la partie (Co-paiement) qui devait revenir à l'assuré

- **L'approche économique** : ici on peut considérer la question de l'articulation ou partenariat des mutuelles de santé avec d'autres organismes tels que les institutions de microfinances (IMF) et le micro-crédit. Dans ce cas, l'objectif est d'améliorer de manière globale la situation économique et sanitaire du bénéficiaire, en considérant qu'une mauvaise santé compromet le remboursement des prêts accordés par l'IMF et que la faible capacité contributive des ménages peut être amélioré par la présence d'un autre produit financier.
- **L'approche organisationnelle** : Elle s'appuie sur les déterminants techniques et organisationnels. Cette approche place le système en terme d'appartenance ou du degré d'implication des deux parties (offre et demande). Soit le système est géré directement par le prestataire de soins, soit ce sont les membres qui gèrent mais le prestataire constitue un élément important du dispositif de gestion, ou enfin c'est une agence tierce qui assure la gestion (comme un assureur privé ou une autre mutuelle d'une dimension plus importante)

III.2. MUTUELLES COMMUNAUTAIRES ET COUVERTURE

UNIVERSELLE

Parvenir à mettre en place une couverture de santé universelle est un défi immense et complexe. Quelles que soient les stratégies adoptées, toutes celles-ci doivent avoir un objectif commun : intégrer et couvrir le plus de personnes possibles en pesant notamment sur les déterminants sociaux autres que les soins médicaux car ils influencent également beaucoup l'état de santé des populations. L'enjeu est de trouver les solutions qui permettent à la fois de donner accès à des soins de santé aux travailleurs et populations de l'économie formelle et d'étendre cette accessibilité aux populations de l'économie informelle en prenant en compte dans les deux cas, les personnes pauvres et les différentes catégories d'exclus. Parmi l'ensemble des solutions, les mutuelles de santé constituent l'un des moyens d'accès aux soins de santé. Elles interviennent comme catalyseurs du financement de la santé par la population tout en garantissant aux individus un meilleur accès, plus équitable et financièrement beaucoup moins lourd que pour des individus isolés

Pour le MASMUT²(2011), dans les pays où la couverture universelle a été mise en place, cela n'a été possible que grâce aux actions des mouvements sociopolitiques, notamment celles des mutuelles de santé communautaire.

Ils affirment cependant que plusieurs caractéristiques intrinsèques aux mutuelles de santé communautaires expliquent pourquoi il y a une réelle plus-value à les considérer comme actrices et partenaires dans la progression vers la couverture universelle. D'une part, les mutuelles de santé communautaires sont composées de structures de participation et de gestion démocratiques qui reposent entièrement sur leurs membres, ce qui implique un processus actif et constant de sensibilisation et de concertation avec eux. Cela leur donne aussi une proximité sociale unique qui leur permet de suivre de près les besoins des populations³. D'autre part, elles n'ont pas de but lucratif et réinvestissent leurs recettes dans la prise en charge et les services aux membres.

Elles jouent donc un rôle sur les trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle⁴ : Tout d'abord **la largeur** ("l'élargissement"), parce qu'elles permettent l'extension de la couverture à des groupes qui jusqu'à présent restaient exclus des soins de santé. Deuxièmement **la profondeur** ("l'approfondissement") car elles négocient

² la plateforme belge Micro assurance santé/Mutuelles de santé qui regroupe des représentants d'ONG, de mutualités, d'institutions de recherche et de la coopération belge au développement. Son objectif est de promouvoir une collaboration entre les organisations membres et de bénéficier de leur complémentarité afin de renforcer la pertinence des systèmes de micro-assurance santé et des mutuelles de santé dans les pays du Sud.

³ Soors W, Devadasan N, Durairaj V & Criel B (2010) Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross. Document de référence no48 du Rapport santé dans le monde 2010. Genève : OMS.

⁴ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, "Le financement des systèmes de santé - le chemin vers une couverture universelle", 2010, p. 14

une gamme de services étendus et de qualité vis-à-vis des prestataires et en développent d'autres qui sont complémentaires. En d'autres termes elles permettent la progression des services/prestations à travers le passage des soins primaires vers des soins plus spécialisés et en qualité et enfin **la hauteur ('l'augmentation')** car elles défendent le droit des populations à accéder à des services de qualité à prix abordable à travers la réduction du paiement direct. (MATMUT, 2011).

Ainsi pour assurer la couverture universelle de manière pérenne, les mutuelles de santé doivent s'investir de manière continue dans cette triple mutation : extension des services, accroissement du nombre de bénéficiaires et augmentation de sa capacité financière comme recommandé par l'OMS à travers la "boîte magique".

Cependant le MATMUT affirme que l'adhésion volontaire à une mutuelle ne constitue pas un obstacle pour sa participation à un schéma d'assurance obligatoire à l'échelle nationale. Dans la mesure où celles-ci couvrent certains groupes de population différents, elles devraient donc être utilisées conjointement dans les stratégies d'extension⁵.

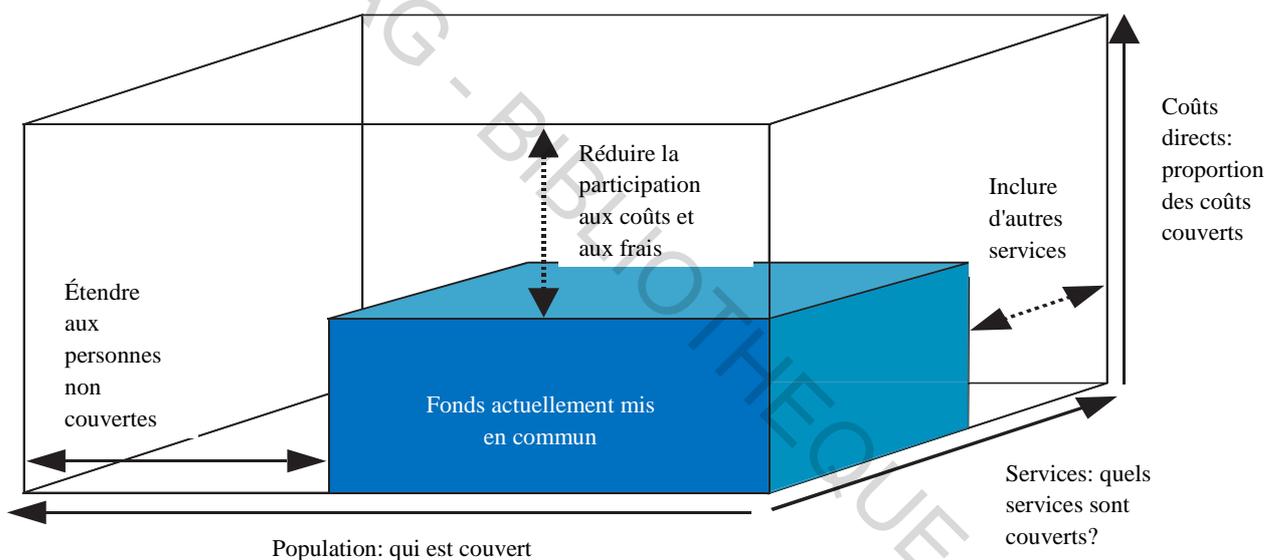


Figure 1 : Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2010

Pour que les mutuelles communautaires jouent leur rôle dans la gestion de l'assurance maladie, il est capital que l'Etat prenne des mesures claires en leur faveur. Tout d'abord,

⁵ Coheur A, Schremmer J, Jacquier C & Schmitt-Diabate V (2009) L' extension de la couverture de sante : les liaisons possibles entre la sécurité sociale statutaire et la protection sociale a base communautaire. Revue Internationale de la Sécurité Sociale 62(1), 25-43

réguler et améliorer l'offre de soins : sans une amélioration de la qualité des soins dans les structures sanitaires reconnues, aucun système d'accessibilité financière ne pourra porter ses fruits. Ensuite, les reconnaître à l'aide d'un cadre juridique clair qui portera tant sur les modalités de création et le fonctionnement des mutuelles que sur le contrôle de leur gestion financière et des services offerts à leurs membres. Enfin, l'Etat doit subventionner financièrement les mutuelles pour leur permettre de remplir encore plus efficacement leurs missions avec un personnel qualifié et compétent. Tout ceci contribuera à la pérennisation de la couverture sante universelle.

L'OIT affirme quant à lui que les régimes d'assurance-maladie communautaires peuvent également être considérés comme un mécanisme institutionnel d'organisation du regroupement des risques par l'utilisation explicite ou implicite de fonds publics et privés. Il faut donc étudier plus en profondeur le rôle que pourraient jouer les régimes d'assurance-maladie communautaires dans les stratégies de couverture universelle.

Les mutuelles de santé communautaires, sont donc aujourd'hui considérées par les autorités publiques comme le principal outil d'extension de l'assurance maladie. Par ailleurs, les mutuelles d'épargne et de crédit sont envisagées comme un allié clé des mutuelles de santé, dans la mesure où elles proposent des produits diversifiés en plus de la santé tout en évitant ainsi le risque financier important propre à ces petites structures (CAFSP, 2010)

L'USAID(2010) à travers un rapport de synthèse⁶ indique que « [...] à l'heure actuelle, seules les organisations mutualistes disposent d'un potentiel important pour l'extension de la couverture maladie aux acteurs du secteur informel et du secteur rural ». Ainsi le recours aux mutuelles de santé communautaire constitue une modalité d'extension de l'assurance maladie privilégiée parmi d'autres modalités possibles (extension par assurance nationale financée par impôt, extension par assurance sociale financée par les cotisations, etc.). De plus elles sont aujourd'hui considérées par les autorités publiques comme le principal outil d'extension de l'assurance maladie (Villane, Faye, 2008).

BOIDIN(2012) constate que le mouvement d'extension de l'assurance maladie appuyé sur les logiques communautaires ne peut fournir à lui seul les clés d'une extension réussie et pérenne et que les mutuelles de santé communautaires présentent des atouts et des faiblesses. Ainsi il évoque trois ensembles de déficiences. Le premier ensemble de déficiences relève du manque de coordination et d'articulation, largement souligné dans les différents rapports et analyses notamment le « document de Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais », (p. 16) qui souligne « *la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles* [par les structures d'appui et les ministères]. Le deuxième ensemble de déficiences concerne l'appui insuffisant des acteurs publics au système mutualiste. Les pouvoirs publics interagissent peu avec les réseaux de mutuelles, limitant leurs relations à de simples échanges d'informations. Et enfin un troisième ensemble de

⁶ (janvier 2011 lors de l'Atelier de contribution à la pérennisation des mutuelles de santé au Sénégal, organisé sous l'égide du Ministère de la santé avec l'appui du Programme santé de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

déficiences relève des défaillances plus larges du système de santé et des contraintes qui dépassent la simple question du financement.

III.3. LES MUTUELLES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

BOIDIN (2012) définit la mutuelle de santé communautaire comme une mutuelle dont la gestion est assurée ou partagée par des usagers, usuellement dans le cadre d'un comité de gestion. Dans de nombreux cas, les mutuelles de santé communautaires ont été promues par les acteurs publics et ceux de l'aide internationale pour favoriser la prise en charge, au moins partielle, de la santé par les usagers, dans un contexte de rareté des ressources.

Ces mutuelles généralement de petite taille, sont décentralisées et impliquent souvent une participation étroite des assurés à leur gestion. Le niveau des cotisations est relativement faible pour rester abordable et est calculé en fonction de la capacité contributive des groupes cibles (travailleurs, ruraux, groupes professionnels, certains membres de communauté). Les prestations de santé couvertes sont souvent limitées mais ciblées en fonction des populations. Les processus administratifs et le système d'informatisation sont souvent rudimentaires et les flux de cotisations sont difficiles à prévoir car le caractère volontaire de l'adhésion peut entraîner de faibles taux de recouvrement et de fidélisation.

III.4. LE COUPLAGE MUTUELLE DE SANTE/INSTITUTION DE MICRO

CREDIT

C'est un système d'assurance maladie mis en place par une institution d'épargne et de crédit qui en assure la gestion et le fonctionnement et les membres de l'institution peuvent par l'intermédiaire du système d'assurance bénéficier de soins. Les objectifs du couplage micro assurance/microcrédit qui se situent dans le cadre d'une recherche action, sont d'abord d'améliorer la capacité contributive des mutuelles de santé par l'octroi de crédit et favoriser leur intégration sociale et ensuite d'améliorer l'accessibilité financière des membres des initiatives d'économie sociale aux services de santé par la promotion et le renforcement des organisations de base de type communautaire.

Pour le WSM/FBS⁷, ce couplage a eu de nombreux effets notamment l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations, l'élargissement de la gamme de prestations, le renforcement des systèmes de protection sociale et l'amélioration de l'utilisation des services de santé.

⁷ Le programme d'économie sociale soutenu par **Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale, l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétienne** et le **Fonds Belge de Survie**. Ce programme a pour objectif de contribuer à la

Pour eux les principales leçons tirées des expériences du couplage sont :

- **L'effet culturel du micro crédit** qui se caractérise par l'amélioration de taux de recouvrement de cotisations due à l'effet incitatif culturel du micro crédit au paiement de cotisations
- **L'importance des services non financiers** qui supportent les services financiers et sont appréciés par les bénéficiaires.
- **La pré existence des liens économiques entre les membres.** En effet les groupes de solidarité qui menaient des activités économiques avant le couplage ont eu des résultats plus intéressants (en termes de taux de remboursement, taux de recouvrement de cotisations) que les groupes de solidarité constitués pour l'octroi de crédit.
- **Séparation des deux initiatives** dans la mesure où il est recommandé de séparer les deux initiatives (les organes, la comptabilité) : la caisse d'épargne crédit et la mutuelle de santé et d'entrevoir des relations de partenariat; cela permet outre de maintenir chacune dans sa mission, d'apprécier la performance de chaque organisation de base.
- **Risque de déviation des missions de la mutuelle** il est recommandé de séparer les deux initiatives et de confier la gestion du micro crédit à un opérateur de crédit pour éviter que certaines mutuelles s'orientent vers la gestion du micro crédit au détriment des valeurs mutualistes
- **Le pourcentage des bénéficiaires au sein de la mutuelle de santé.** En effet du fait du faible montant de crédit, le pourcentage des membres bénéficiaires de micro crédit reste faible par rapport au membership de la mutuelle de santé (moins de 30%).

Chapitre IV: CONTEXTE DE L'ETUDE

IV.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU

SENEGAL

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent africain, dans la zone soudano sahélienne, entre 12° et 16°30 de latitude nord et entre 11°30 et 17°30 de longitude ouest est, avec une superficie de 196 722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'océan atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud .De 3 millions d'habitants en 1960, la population du Sénégal est passée à environ 12,5 millions d'habitants en 2010 pour atteindre 13 567 338 d'habitants en 2013 selon les estimations de l'ANSD. La population Sénégalaise augmente de plus de 260 000 personnes par an, soit une croissance démographique de 2,6%(banque mondiale). La population est jeune dans la mesure où un Sénégalais sur deux à moins de 20 ans et près de deux sénégalais sur trois a moins de 25 ans. La densité moyenne de la population est de 63,5hab/km². Cependant cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays avec comme dernières créations Kaffrine, Kédougou et Sédhiou issues respectivement des anciennes régions de Kaolack Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en 45 départements, 150 communes, 117 arrondissements et 353 communautés rurales.

IV.2. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE

En 2011, le produit intérieur brut (PIB) du Sénégal s'élevait à 6.767 milliards FCFA, soit un PIB par tête de 526 390 FCFA. Pour la même année, le taux de croissance économique s'est établi à 2,1% après 4,3% en 2010, 2,4% en 2009, 3,7% en 2008 et 4,9% en 2007. La gestion budgétaire est caractérisée par un creusement du déficit budgétaire global qui s'est établi à 440,3 milliards FCFA (6,5% du PIB) contre 333,6 milliards FCFA (5,2% du PIB) en 2010. Cela est principalement imputable à l'accroissement soutenu de dépenses totales et prêtes nets (14,1%), sous l'effet de la forte hausse des dépenses courantes. Cependant, elle a été contenue par la progression du recouvrement des recettes budgétaires totales (9,1%), en liaison avec celle des impôts indirects.

Les principaux produits exportés par le Sénégal sont les produits pétroliers, l'acide phosphorique, les produits halieutiques, l'or et le ciment. La crise du secteur de l'arachide,

principale culture de rente du pays, a réduit considérablement la contribution de l'agriculture dans le PIB. En 2011, la contre-performance de l'agriculture a entraîné une baisse de 24,4% de la valeur ajoutée en volume du secteur primaire et une chute de son poids dans l'économie (6,1% du PIB en valeur en 2011 après 8,5% en 2010). Par ailleurs, les transferts financiers de la diaspora sénégalaise représentent aujourd'hui une rente très importante. En 2010, il est entré au Sénégal par le circuit des voies formelles (banques, sociétés de transfert d'argent, poste), 594,9 milliards de francs CFA provenant de la diaspora sénégalaise. On estime que les fonds envoyés par les Sénégalais vivant à l'étranger sont supérieurs aux ressources financières provenant de l'aide internationale. Pour l'année 2011, les migrants sénégalais établis à l'étranger auraient envoyé, au pays, la somme de 643 milliards de francs CFA (Ministère des Affaires étrangères et des Sénégalais de l'extérieur). Outre ces envois de fonds qui en font de véritables acteurs économiques, ces Sénégalais s'illustrent aussi dans la construction de multiples infrastructures d'intérêt général dans leurs terroirs d'origine. Toutefois, ces efforts sont menacés par la crise financière internationale qui secoue les pays hôtes.

IV.3. POLITIQUE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

Cette politique reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et ceux du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) devenu pour sa troisième édition Document de Politique Economique et Social (DPES). Elle demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la réalisation des objectifs prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire deux (PNDS-II, 2009-2018), notamment la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis.

IV.4. LE SYSTEME DE SANTE

IV.4.1. L'Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district sanitaire), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central (cabinet du Ministre, les Directions et les Services nationaux formulant les orientations et politiques de santé).

➤ Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Trois ordres de difficultés gênent le fonctionnement des services sur le plan institutionnel : le nombre important de services rattachés, le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application.

➤ Niveau intermédiaire : La Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Toutefois, les régions médicales jouent difficilement ce rôle en raison de l'insuffisance des capacités et des ressources humaines et logistiques.

➤ Niveau périphérique : District Sanitaire (DS)

Il comprend 75 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus petite de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué de centres de santé (au total 78) englobant un réseau de postes de santé (au total 1112), eux-mêmes supervisant les cases de santé (au total 1703) et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres. Chaque district comprend au minimum un centre de santé et un réseau de poste de santé.

Le district couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Dans tous les cas, la population couverte se situe entre 50 000 et 150 000 habitants. Les postes de santé sont implantés au niveau des chefs-lieux des communautés rurales ou parfois dans certains villages centres relativement peuplés; ce qui fait que la population de la zone de responsabilité du poste de santé se situe autour de 10 000 habitants et que chaque village puisse avoir accès à un poste à moins de 15 Km. Le poste santé s'appuie sur des infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent également la gestion

IV.4.2. Les infrastructures et équipements

L'essentiel des directions et services centraux du Ministère de la Santé sont regroupés au sein du même bâtiment depuis 2004 ce qui favorise la communication entre les services. L'ENDSS est l'établissement de référence nationale en matière de formation des infirmiers et des sages-femmes. Des écoles privées ont été créées pour renforcer les capacités de formation.

Des centres régionaux de formation en santé (CRFS) ont aussi été ouverts dans sept régions. Il s'agit des centres de Ziguinchor, Kolda, Thiès, Saint-Louis, Kaolack, Tambacounda et Matam. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région. L'Institut de Santé et Développement (ISED) est la référence en matière de formation en santé publique

En 2010, le Sénégal compte 34 hôpitaux, 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé, faisant office de centre de santé et 1 195 postes de santé dont 1 035 fonctionnels, 2 centres de santé psychiatriques (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés), 76 Dispensaires Privés Catholiques (DPC) et 1 603 cases de santé fonctionnelles. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS. Au Sénégal, d'après les résultats issus de l'état de la pratique de sage-femme dans le monde de 2011, 2381 établissements offrant tous les soins d'accouchement, 1273 dispensant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), 39 Offrant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC) sont dénombrés. En outre, le nombre d'établissements pour 1000 naissances n'était que de cinq (5).

En plus des formations sanitaires publiques, le secteur privé compte 1 hôpital privé catholique, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 180 postes de santé confessionnels. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des associations ainsi qu'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar. Ces infrastructures de soins et de services se trouvent essentiellement dans les centres urbains. Par ailleurs, 843 officines de pharmacie, 4 grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques jouent un rôle important dans le renforcement de l'accès aux médicaments.

En matière d'équipement, les investissements du PNDS 1998-2007 ont permis une certaine amélioration du plateau technique des structures sanitaires, le renforcement des moyens de supervision et l'amélioration des conditions d'évacuation des malades. Cependant, un déficit en équipements persiste notamment pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux et les cas graves. Les moyens de supervision et d'évacuation sanitaire devraient être renforcés.

IV.4.3. Les ressources humaines

L'absence d'annuaire statistique de la santé en 2011 a impacté négativement sur la disponibilité des données relatives au personnel du secteur. Néanmoins, les données obtenues auprès de l'ordre National des Médecins du Sénégal et de l'état de la pratique de la sage-femme dans le monde en 2011 ont permis d'aborder cette section. Selon l'ordre des Médecins, 1500 médecins sont répertoriés au Sénégal. Sur cet effectif, mille trois cent 1363 sont inscrits à l'ordre des médecins, notamment « 800 médecins au niveau de la section A (le public) en plus des 500 du privé (section B) ». S'agissant de la situation des sages-femmes d'Etat, le Sénégal comptait en 2011, 990 sages-femmes, 126 obstétriciens, 14 généralistes, 60 autres soignants, 1603 travailleurs de santé communautaire, tous ayant des compétences de sages-femmes. Selon les normes de l'OMS, il faudrait au moins 6 sages-femmes pour 1000 naissances pour assurer une couverture complète et une assistance de qualité. Au Sénégal, le ratio est de seulement 2 sages-femmes pour 1000 naissances.

IV.5. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

Le système de protection sociale au Sénégal se caractérise par l'existence de trois institutions autonomes à savoir la caisse de sécurité sociale, l'institution de prévoyance maladie et l'institution de prévoyance retraite.

IV.5.1. La caisse de sécurité sociale

La caisse de sécurité sociale est créée selon le décret n°72-215 du 07 mars 1972 définie dans ses statuts la qualité de ses membres.

La caisse a décentralisé ses activités dans différentes régions du Sénégal pour répondre aux aspirations des assurés sociaux qui s'attendent de plus en plus à un service rapide et de qualité. La caisse de sécurité Sociale prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs. Suite à un accident du travail, les consultations, les médicaments, les analyses, les interventions chirurgicales et toute intervention nécessaire sont couvertes à 100%. Seuls les employeurs cotisent pour ces prestations.

En outre la caisse dispose de centres de protection maternelle et infantile qui fournissent aux assurés et non assurés les prestations suivantes : consultations pré et post natales ; vaccinations ; récupération nutritionnelle et planning familial.

IV.5.2. Les Institutions de prévoyance maladie

Elles sont régies par la loi cadre n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale et le décret n° 2012-832 du 7 Aout 2012 portant organisation et fonctionnement des IPM d'entreprise ou interentreprises. La création d'une I.P.M est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes ; celles qui en emploient moins doivent se regrouper dans une I.P.M inter entreprise ou adhérer à une I.P.M déjà autorisée.

Les garanties offertes portent sur une prise en charge partielle, à des taux variables d'une I.P.M à une autre (de 40 à 80% de couverture) des frais médicaux : consultations ; pharmacie ; hospitalisation ; actes médicotechniques.

Les cotisations sont fixées à 6% du salaire fiscal plafonné à 60.000 FCFA. La cotisation de l'employeur étant au moins équivalente à celle du salarié. Cependant, ces paramètres ne sont plus respectés par la plupart des IPM car ils sont inadaptés au contexte actuel.

IV.5.3. L'institution de prévoyance retraite du Sénégal

L'institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (I.P.RE.S.) est un organisme de droit privé placé sous la tutelle technique et financière de l'Etat. Il dispose d'une réelle autonomie dans sa gestion et son organisation est régie par la Loi 75-50 du 03 Avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale. Le système de retraite de l'IPRES repose sur la répartition. Le mécanisme de ce système consiste à allouer aux allocataires une partie des cotisations versées par les cotisants (employeurs et employés) après déduction des frais de gestion ; les retraités d'une période donnée sont financés par le prélèvement sur les revenus d'activité de la même période ; d'où l'existence d'une relation qui s'établit entre le nombre de cotisants et le nombre d'allocataires. Pour pouvoir obtenir une pension de retraite, il faut être âgé d'au moins 55 ou 60 ans, avoir cessé toute activité salariée et comptabiliser au moins 400 points de retraite. La pension peut également être liquidée par anticipation à partir de 53 ans.

IV.6. LES REGIMES D'ASSURANCES MALADIE VOLONTAIRES

La protection du risque maladie volontaire du Sénégal se compose des assurances maladies à but lucratif (assurances commerciales ou privées) et des mutuelles de santé.

IV.6.1. Les assurances maladie à but lucratif

Il s'agit des assurances privées ou commerciales. Elles permettent, aux personnes qui le souhaitent, de se prémunir contre le risque maladie moyennant une prime d'assurance. Cette prime est fixée en fonction des risques que présente l'adhérent.

Au Sénégal les assurances privées, régies par le code CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances), ont un très faible taux de couverture de la population (environ moins de 2% de la population totale). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenus assez élevé : membres des professions libérales, industriels, cadres de haut niveau dans des entreprises et commerçants.

Les contrats d'assurance maladie sont offerts sous forme de paquets et peuvent être considérés comme des produits offerts aux grosses entreprises qui souscrivent des polices d'assurances pour d'autres sinistres (incendie, vol, responsabilité civile). Parfois, certaines Institutions de Prévoyance Maladie délèguent la gestion de leurs activités à ces compagnies d'assurance privées.

IV.6.2. Les mutuelles de santé

Une mutuelle se définit comme : « un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement »⁸. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces soins. La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes et les membres des organes de gestion sont élus selon des règles démocratiques. Leurs ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des cotisations des membres.

Au Sénégal, la loi n° **2003-14 du 4 juin 2003** relative aux mutuelles de santé définit le cadre juridique.

La population cible des mutuelles de santé est constituée essentiellement des acteurs du secteur informel et du secteur rural qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie et qui représentent près de 80% de la population sénégalaise. Sur la base des données fournies par la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDS 2013-2017), le taux de couverture de la population cible par les mutuelles de santé était de 13,6% en 2012 alors que les indicateurs fixés sont 27,40% en 2013 ; 46,32% en 2014 ; 50,50% en 2015 ; 60,30% en 2016 et 65,5% en 2017.

⁸ Chris ATIM : Guide méthodologique sur le terrain pour une étude au profit du PHR 1997

Les acteurs locaux de la mutualité au Sénégal utilisent plusieurs critères pour identifier différents types de mutuelles de santé : les mutuelles dites complémentaires versus les mutuelles au premier franc ; les mutuelles socioprofessionnelles et les mutuelles communautaires. Les mutuelles de santé dites complémentaires se sont créées pour assurer une couverture des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires spécifiques. La mutuelle FAGGU des retraités de l'IPRES, la mutuelle des Forces Armées Sénégalaises, la mutuelle de la gendarmerie nationale, la mutuelle de la douane Sénégalaise, la mutuelle des employés de SOCOCIM industrie, la mutuelle des enseignants du supérieur sont des exemples types de mutuelles de santé complémentaires.

Les mutuelles de santé dites « au premier franc » sont généralement organisées sur une base territoriale. Les mutuelles issues de communautés villageoises (Fissel, Fandène, Gandiol Santé), de communauté de quartier (Dimeli Yoff, Thaily, Goxu Mbacc), ou de regroupement de travailleurs du secteur informel (mutuelle des teinturières, mutuelles du réseau PROFEMU, mutuelles des transporteurs) sont des exemples types de mutuelles de santé au premier franc. Elles se développent parmi les catégories de population ne bénéficiant pas de couverture par les systèmes traditionnels d'assurance obligatoire ou facultative.

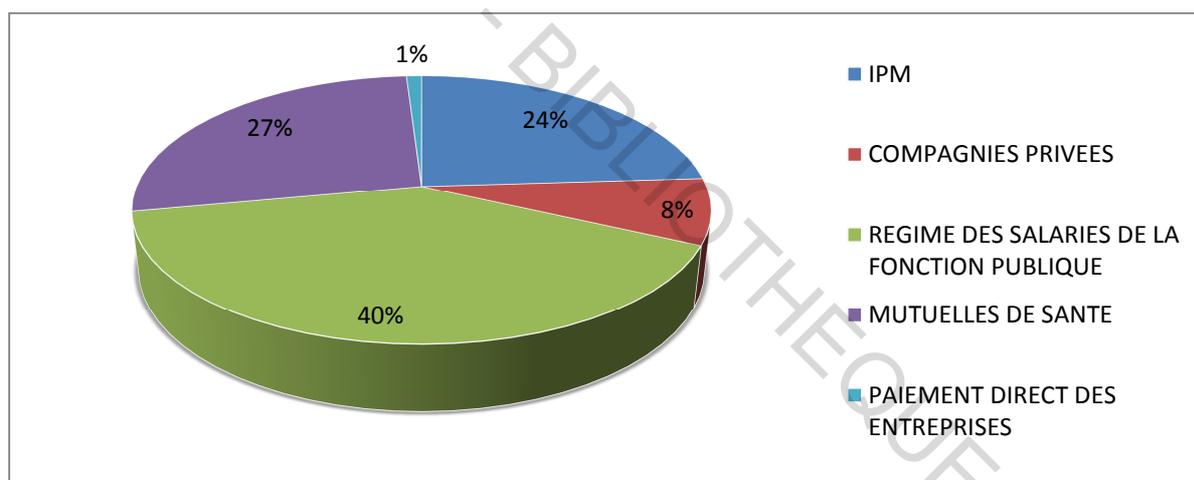


Figure 2 : Part du nombre d'assurés par types de régimes

Source : cafsp 2010

Le secteur de la santé est constitué à majorité de fonctionnaires couverts (40%) suivie par la couverture des mutuelles (27%) et par celle des IPM (24%). Nous constatons cependant une faible couverture des compagnies privées (8%) et des paiements directs des entreprises (1%).

DEUXIEME PARTIE

CADRE

OPERATIONNEL

ET

RESULTATS

Chapitre V: METHODOLOGIE

V.1. STRATEGIE DE RECHERCHE

Pour mener à bien notre étude, nous aurons recours à une étude synthétique ou étude de cas parce qu'elles nous permettent de faire des observations par structures.

Nous choisirons deux mutuelles à savoir une mutuelle sociale communautaire et une mutuelle sociale professionnelle.

La sélection des mutuelles de santé se fera suivant les critères que sont le respect de la définition des mutuelles, le respect de la typologie des mutuelles.

En effet les deux mutuelles répondent à la définition des mutuelles évoquées plus haut, mais surtout elles respectent les critères de non-lucrativité, solidarité, volontariat, démocratie et d'indépendance.

Ensuite les deux mutuelles appartiennent aux deux catégories choisies. La mutuelle WAWGR est une mutuelle communautaire et la mutuelle TRANSVIE une mutuelle professionnelle couplée à une institution de microcrédit.

V.2. DEFINITION DES VARIABLES

Les variables permettront d'une part de décrire l'état des lieux, d'autre part d'analyser les comportements des mutuelles.

Pour l'analyse des différentes structures nous avons choisi de nous inspirer de la méthodologie adoptée par NATHALIE MASSIOT dans un rapport réalisé au Sénégal en Avril 1998 portant sur des études de cas réalisés sur des mutuelles de santé⁹.

V.2.1. L'état des lieux des mutuelles de santé

L'état des lieux des structures se fera conformément aux thèmes suivants :

- Le contexte de création
- L'organisation
- Le statut juridique
- Les bénéficiaires

⁹ MASSIOT N, (1998, Avril) "Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal", Dakar, USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM
Page 11

- Les cotisations
- Les prestations
- Le suivi des bénéficiaires
- La situation financière
- Les moyens matériels

V.2.2. L'analyse des structures

Les critères suivants seront utilisés pour analyser les différentes structures:

- **la mobilisation des ressources** : elle détermine le potentiel des mutuelles à contribuer à la mobilisation des ressources pour le secteur de la santé. Elle concerne à la fois la capacité des mutuelles à prélever les cotisations, et l'utilisation par les structures sanitaires de ces fonds. Les éléments qui nous permettront de mesurer cela sont :
 - Le taux de cotisation fixé
 - La période d'observation
 - La prise en charge
 - Le fond de garantie
 - Le recouvrement des ressources
- **L'impact d'efficacité** : c'est l'évaluation de l'efficacité des prestations offertes par les mutuelles. L'efficacité se mesure en interne (comment les mutuelles optimisent-elles leur activité ?) et en externe (quel est l'impact de la mutuelle sur les prestataires de soins ?). Les indicateurs de mesure sont :
 - Le taux d'utilisation des services de santé
 - La durée de séjour d'un patient
 - Les prestations prises en compte
 - Le taux d'exclusion des bénéficiaires
- **l'équité** se définit au niveau du financement et des prestations. L'équité dans le financement signifie que la contribution à la mutuelle dépend des revenus de chacun. L'équité dans les prestations implique que des personnes d'égaux besoins bénéficient des mêmes prestations. Il s'agit donc de savoir si les mutuelles respectent ces principes.
- **l'accès à des soins de qualité** : les mutuelles pourront l'atteindre de deux manières :
 - Une meilleure accessibilité financière
 - Une amélioration des prestations fournies par les structures sanitaires
- **la durabilité et la viabilité** : se mesure à travers :
 - La bonne gestion à travers la réduction des frais de fonctionnement, la collecte des cotisations et le suivi des dépenses en matière de santé
 - L'adéquation des soins à la capacité contributive des adhérents des mutuelles
 - Un personnel compétent pour réaliser toutes les tâches qui seront confiées
 - Un suivi du fonctionnement par les responsables de la structure

- **la contribution à la gouvernance démocratique** consiste à étudier les rapports entre les mutuelles, les autorités sanitaires et les instances de décision en matière de financement et de prestation de services de santé.

Deux éléments permettent de mesurer :

- La participation à la gestion dans services de santé
- L'influence de la structure dans le secteur de la santé
- **l'Analyse SWOT** : La dénomination SWOT est l'acronyme de Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, soit forces, faiblesses (de l'organisation), opportunités et menaces (de l'environnement). Elle consiste à déterminer si la combinaison des forces et des faiblesses de l'organisation est à même de faire face aux évolutions de l'environnement (stratégie déduite), ou s'il est possible d'identifier ou de créer d'éventuelles opportunités qui permettraient de mieux tirer profit des ressources uniques ou des compétences fondamentales de l'organisation (stratégie construite). Une fois achevée, l'analyse SWOT doit permettre de déterminer si l'organisation possède d'ores et déjà les ressources et compétences nécessaires pour répondre aux évolutions de son environnement, si elle doit chercher à en acquérir ou développer de nouvelles, ou bien si elle doit plutôt se réorienter vers d'autres marchés.
 - **Les forces** sont les aspects positifs internes que contrôle l'organisation ou le pays, et sur lesquels on peut bâtir dans le futur
 - **les faiblesses** sont les aspects négatifs internes mais qui sont également contrôlés par l'organisation, et pour lesquels des marges d'amélioration importantes existent
 - **Les opportunités** sont les possibilités extérieures positives, dont on peut éventuellement tirer parti, dans le contexte des forces et des faiblesses actuelles
 - **Les menaces** sont les problèmes, obstacles ou limitations extérieures, qui peuvent empêcher ou limiter le développement de l'organisation

V.3. METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

Les données nécessaires à la réalisation de notre étude ont été fournies à l'aide de :

- Une revue documentaire notamment à travers les documents et rapports annuels
- Des entretiens structurés avec les responsables des mutuelles choisies sur la base d'un guide d'entretien élaboré à cet effet

V.4. LIMITES DE L'ETUDE

V.4.1. La mutuelle communautaire

Lors de notre passage à la mutuelle communautaire, la principale difficulté que nous avons rencontrée était l'absence de donnée antérieure sur la mutuelle.

En effet l'ordinateur de bureau qui leur avait été offert lors de la création et qui servait au stockage des données relatives à la mutuelle est en panne. Conséquence toutes les données informatiques concernant la mutuelle depuis sa création à 2011 sont indisponibles. Nous avons donc pu avoir accès aux données de 2011 et 2012 sans avoir celle des années antérieures

V.4.2. La mutuelle TRANSVIE

Malgré la très bonne collaboration entre nous et les responsables de TRANSVIE, nous nous sommes heurté à un refus catégorique de leur part de nous permettre d'avoir accès à certaines données notamment les données financières. Ainsi nous n'avons pu avoir accès à aucunes données financières permettant de calculer certains indicateurs financiers.

Tout bien considéré, ces limites n'entachent en rien la crédibilité et la fiabilité de nos résultats et de notre analyse.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre VI: RESULTATS

VI.1. DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE WER AK WERLE DE GUINAW RAILS

VI.1.1. Description de la mutuelle WAWGR

La Mutuelle de Santé "Wer Ak Werlé" de Guinaw Rails est une mutuelle de santé communautaire située dans le département de PIKINE quartier Sanghomar, Commune d'Arrondissement de Guinaw Rails Nord. Elle milite en faveur d'une société solidaire favorisant l'accès des plus démunis aux soins et services de santé de qualité et à moindre coût. Elle est une structure qui regroupe les personnes membres d'Organisations Communautaires de Base (OCB) et/ ou elle est ouverte à toute personne sans exclusion aucune liée au sexe, à l'ethnie, à la classe sociale, aux convictions politiques ou religieuses. Elle a pour objectifs :

- ☛ Assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé de ses bénéficiaires
- ☛ Assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires
- ☛ Faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité et à moindre coût
- ☛ Stimuler l'amélioration de la qualité des soins
- ☛ Participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé
- ☛ Promouvoir et développer leurs propres services de santé

VI.1.1.1. Contexte de creation

La pauvreté urbaine, exacerbée à cause de l'exode rural croissant constitue de plus en plus la préoccupation des acteurs du développement ; la ville de Dakar concentre à elle seule 50 % des pauvres en milieu urbain. La majorité de ceux-ci se trouve dans les zones périphériques dont Thiaroye et Guinaw Rails.

Dans ce contexte un groupe d'habitants de Guinaw Rails animé du sentiment de vouloir et savoir-faire a entamé un processus de recherche de pistes de réflexion et d'actions réalistes susceptibles d'impliquer le maximum de résidents et d'améliorer les conditions de vie dans les quartiers. Au moment où des initiatives encore éphémères ne demandent qu'à être appuyées et organisées pour être concluantes. C'est dans cette perspective que les acteurs de développement de Guinaw Rails soucieux du devenir des populations ont jugés opportun d'abord de créer un cadre de solidarité et de prise en charge sociale médicale en particulier une mutuelle de santé surtout que la plus part des travailleurs sont dans le secteur informel. Ainsi elle a bénéficié de l'appui de l'ONG ENDA Santé (maintenant INTERMONDE) qui finançait les femmes du quartier dans les activités génératrices de revenus. Mais elle a

également bénéficié d'un appui technique de la part de cette ONG lors de sa création notamment à travers une étude de faisabilité.

Elle a été créée le 10 aout 2000 lors de son Assemblée Constitutive et a démarré ces activités le 23 septembre 2000.

A sa création le programme de la province d'ANVERS(Belgique) a fait don d'un million de francs en médicaments dont 250 carnets mais également d'un ordinateur et d'un mobilier de bureau. En plus de cela il a assuré la formation des mutualistes.

VI.1.1.2. Organisation de la mutuelle

La mutuelle de santé est à cheval entre les quartiers GOLF NORD et GOLF SUD. Elle permet aux mutualistes de bénéficier de prestations de soins dans les postes et centres de santé des districts sanitaires de Guédiawaye, de Pikine et de Mbao.

La Mutuelle de Santé est administrée par les instances suivantes :

- L'Assemblée Générale (AG) ;
- Le Conseil d'Administration (CA) ;
- Le Bureau Exécutif (BE)
- la Commission de Contrôle (CC) qui assure Le Contrôle et la surveillance

❖ L'assemblée générale

Composée de tous les adhérents, elle est l'organe suprême. Elle se réunit une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration et en sessions extraordinaires, sur la demande des deux tiers (2/3) des membres du Conseil d'Administration. La durée de leur mandat est de trois (3) ans renouvelable. Elle délibère sur les rapports moral et financier et sur le rapport de la commission de contrôle.

❖ Le conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est l'organe de décision ; élu en assemblée générale pour une durée de trois (3) ans par tiers (1/3) sortant, les membres sortants sont rééligibles et doivent être de nationalités sénégalaises et âgés d'au moins vingt un (21) ans. Il se réunit au moins quatre fois par an en sessions ordinaires et à chaque fois que le besoin est exprimé, en sessions extraordinaires sur convocation du Président ou des deux- tiers (2/3) de ses membres.

Le Conseil d'Administration est composé de trente-neuf (39) membres

❖ Le bureau exécutif

Le Bureau Exécutif de la Mutuelle de Santé l'organe de gestion est élu parmi les membres du Conseil d'Administration par vote à bulletin secret sur proposition de candidatures. Les membres du Bureau Exécutif sont investis de rôles techniques, ils exécutent des activités qui leurs sont confiées, rendent compte et font des propositions au Conseil d'Administration.

Le Bureau Exécutif de la Mutuelle de Santé se réunit au moins une fois par mois sur convocation du président ou des deux tiers (2/3) de ses membres

Le bureau de la mutuelle santé est composé des neuf (9) membres que sont :

- **Le Président** (personne morale) est chargé (e) de convoquer et de présider les réunions du Conseil d'Administration et du Bureau Exécutif et les assises annuelles de l'Assemblée Générale, présenter le rapport moral et d'orientation de la mutuelle de santé, ordonner les dépenses, représenter la mutuelle de santé partout où besoin sera et devant la justice
- **Le 1^{er} Vice – président** est chargé (e) de la relation avec les tiers et la recherche de partenaires, de la coordination et la supervision des activités des commissions et de la communication
- **2^{ème} Vice – président** est chargé (e) de coordonner les actions de recouvrement des cotisations et des remboursements de tickets modérateurs.
- **3^{ème} Vice – président** est chargé(e) de coordonner les actions d'éducation et de renforcements de capacité des membres de la mutuelle de santé.
- **4^{ème} Vice – président** est chargé (e) d'organiser les activités de fonctionnement et de promotion.
- **Secrétaire Général** est chargé(e) d'assurer la tenue des procès-verbaux des réunions des instances, la gestion administrative de la mutuelle de santé, la garde des archives de la mutuelle de santé et de la présentation des rapports d'activités devant les instances.
- **Secrétaire Général Adjoint** assiste et supplée le (la) Secrétaire général (e) en cas d'absence ou d'empêchement.
- **Trésorier Général** est chargé(e) de la gestion budgétaire, financière et comptable de la mutuelle de santé, la cosignature des chèques, la garde des documents comptables, l'exécution des opérations de dépenses ordonnées par le Président, la présentation du projet de budget prévisionnel, la préparation du rapport financier et les états financiers de la mutuelle de santé devant le Conseil d'Administration.
- **Trésorier Général Adjoint** assiste et supplée le (la) Trésorier général(e) en cas d'absence ; il (elle) joue le rôle de gestionnaire des biens et matériels de la mutuelle de santé.

❖ Le comité de contrôle

La Commission de Contrôle est l'organe de contrôle, les membres doivent jouir de leurs droits civiques. Elle est composée de trois (3) membres ; elle est chargée d'assurer le contrôle administratif, financier et comptable de la mutuelle de santé. Ces membres de la Commission de contrôle sont élus par l'Assemblée Générale Ordinaire à qui elle présente un rapport de contrôle administratif, financier et comptable. Après audition du rapport financier, la Commission de Contrôle peut donner quitus ou non au Conseil d'Administration sur sa gestion.

VI.1.1.3. Le statut juridique

La mutuelle dispose d'un statut et d'un règlement intérieur pour le bon fonctionnement de ses activités. De plus elle dispose d'un agrément du ministère de la santé et de l'action sociale à savoir **Agrément N° : 01 – 3– 4 du 24 – 10 – 2012 * 008821**

VI.1.1.4. Les Bénéficiaires

La mutuelle est ouverte à toutes les personnes qui veulent adhérer et l'adhésion est volontaire. L'adhésion peut se faire individuellement, par groupe ou par familles. Cependant la mutuelle admet un maximum de 15 personnes (l'adhérent et 14 bénéficiaires) par familles et un minimum de 3 personnes (l'adhérent et 2 bénéficiaires).

La mutuelle compte actuellement 489 adhérents, 2340 bénéficiaires, 1022 ayants droits et 44 groupements mutualistes secondaires qui ont adhéres collectivement. La population cible est estimée à un peu moins de 80000 personnes constituée à majorité de personnes analphabète et qui ont des activités économiques dans le secteur informel.

La qualité de membre s'acquiert par l'achat d'un carnet d'adhésion ou le paiement du droit d'entrée fixée à mille cinq cent de francs (**1 500 F CFA**) et par le respect de certains critères.

Tableau 1 : Evolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires en 2012

Mois	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept	oct.	nov.	déc.	TOTAL
Nombre Total Adhérents	467	470	472	472	477	478	478	480	480	483	488	489	489
Nombre Total Bénéficiaires	2 259	2 269	2 276	2 276	2 291	2 295	2 295	2 302	2 302	2 315	2 330	2 340	2 340

Source : la mutuelle wer ak werle

VI.1.1.5. Les cotisations

La cotisation individuelle et mensuelle est fixée à deux cents francs (200 FCFA) soit un maximum de 3000 FCFA (15 personnes) et un minimum de 600 FCFA (3 personnes). Tout nouveau membre est tenu de respecter une période d'observation de trois (3) mois durant laquelle il se libère de ses cotisations mensuelles sans pour autant prétendre aux services offerts. Ainsi le nouvel adhérent doit nécessairement s'acquitter de 2100 FCFA.

L'adhérent doit s'acquitter de sa cotisation au plus tard le 10 du mois. Cependant ce délai n'est pas respecté par les bénéficiaires entraînant ainsi des difficultés de recouvrements des cotisations (environ 58% des cotisations non recouvrées en 2012).

VI.1.1.6. Les prestations

La mutuelle de santé offre les services de garantie suivants: Consultations ambulatoires, analyses laboratoires – Radiographie –Echographie, Soins dentaires (à l'exception du détartrage et de la pose de prothèse), Hospitalisation (maximum 5 jours), Accouchements, Médicaments Génériques et toutes autres prestations. Mais les soins ambulatoires sont les soins les plus demandés .Le mécanisme de prise en charge est un tiers payant intégral avec ticket modérateur de 50% pour les prestations de services ou tout autre acte effectuées au niveau des postes et centres de santé déjà conventionnées.

Les prestataires sont ténues d'acheminer les factures entre le 1^{er} et le 5 du mois et les mutuelle de les payer entre le 5 et le 12 du mois.

En 2012, 25% des prestations n'ont pas été recouvrées soit une perte estimée à 418 150 FCFA ce qui réduit la capacité financière de la mutuelle

VI.1.1.7. Suivi des bénéficiaires

La mutuelle dispose d'un registre de prestations, un registre d'adhérents, un registre de paiement de cotisations et un registre de suivi des cotisations pour assurer le suivi des bénéficiaires. De plus lors de son adhésion, le bénéficiaire dispose automatiquement d'un numéro d'identification mais également d'un carnet avec les photos de tous les bénéficiaires, tout ceci permet d'assurer un suivi des bénéficiaires.

La mutuelle WAWGR étant une mutuelle communautaire, le contrôle social est très fort ce qui entraine des cas de fraudes inexistant. Cependant des cas de fraudes pourraient exister mais au niveau des prestataires compte tenu du manque de contrôle à ce niveau mais aussi du fait que les gestionnaires de la mutuelle ne soient pas des spécialistes en la matière.

VI.1.1.8. Les comptes

La mutuelle WAWGR tient une comptabilité régulière et utilise les documents comptables suivants : un budget prévisionnel, un plan de trésorerie, un compte de résultat et Un bilan

Les procès-verbaux et les comptes sont présentés aux instances lors des différentes réunions. De plus la comptabilité est assurée par le gérant qui disposait au départ du logiciel MAS GESTION pour assurer la gestion des cotisations et des bénéficiaires. Mais malheureusement depuis 5 ans maintenant la mutuelle ne dispose plus d'aucun logiciel de gestion. La mutuelle est aussi dépourvue d'un agent recouvreur depuis deux ans. Celui-ci était chargé de la collecte des cotisations et de tickets modérateurs en plus de la sensibilisation des bénéficiaires.

Pour l'année 2011 les recettes s'élèvent à 2 439 800 FCFA avec des cotisations de 2 011 800 FCFA et des subventions de 350 000 FCFA. Concernant les charges elles s'élèvent à

1 965 340 FCFA avec des charges de fonctionnement (508 900 FCFA) et des charges de prestations (1 106 440 FCFA). Pour cette année elle dégage un excédent de 474 460 FCFA. Pour l'année 2012 les recettes sont de 2 302 900 FCFA et les dépenses de 2 261 510 FCFA. le solde de l'exercice est donc de 41 390 CFA.

La mutuelle dispose d'un fond de réserve estimé à 1 192 830 CFA(2012) mais ne dispose pas d'un fond de garantie.

VI.1.1.9. Les moyens matériels

La mutuelle ne dispose pas d'un siège, elle utilise le local de la fédération départementale des mutuelles de santé à laquelle elle appartient. La permanence est assurée par le gérant.

Le programme de la province d'ANVERS avait fait don d'un ordinateur, d'une imprimante et de mobiliers de bureaux (table, chaise, armoire de rangement). Tout ce matériel est fonctionnel actuellement à l'exception de l'ordinateur qui est en panne. En plus de cela la mutuelle dispose de la connexion internet, de l'eau, de l'électricité et d'une grande salle de réunion etc.....

Tableau 2 : présentation du patrimoine de la mutuelle

DESIGNATION	COUT	DUREE D'UTILISATION
1. ORDINATEUR AVEC IMPRIMANTE JET D'ENCRE	500 000	5 ANS
1. FAUTEUIL DE BUREAU	25 000	3 ANS
2. ARMOIRES DE RANGEMENT EN BOIS	75 000	5 ANS
1. ARMOIRE DE RANGEMENT EN FER	40 000	10 ANS
1. CAISSE DE RANGEMENT EN FER	15 000	10 ANS
1. TABLE DE BUREAU EN FER	50 000	10 ANS
2. CHAISES DE VISITEURS	13 000	2 ANS
2. BOITES DE RALLONGE D'ELECTRICITE	4 500	1 AN
3. CACHETS DE GESTION EN BOIS	7 500	5 ANS

1/CACHET DE GESTION	5 000	5 ANS
1. DATEUSE	3 000	2 ANS
1/AGRAFFEUSE	4 000	2 ANS
1/POT DE COLLES BLANCHES	500	3 MOIS
6/REGISTRES DE GESTION	30 000	3 ANS
1. ORDINATEUR AVEC IMPRIMANTE LASER ET ONDULEUR	300 000	5 ANS

Source : Mutuelle wer ak werle

VI.1.2. Analyse de la mutuelle WAWGR

VI.1.2.1. Mobilisation des ressources

La mutuelle WAWGR est une mutuelle communautaire où la majorité des adhérents appartiennent au secteur informel et pratiquent parfois la vannerie pour compléter leurs gains. Ils n'ont donc pas de salaires fixes du fait du statut de non-salariés du à leurs activités. La cotisation fixée à 200 FCFA par individus est perçue mensuellement. La périodicité et le montant des cotisations ont été fixés sur la base du revenu des membres. Estimant que la taille minimum d'une famille est de trois personnes, la mutuelle reçoit 600 FCFA comme cotisation mensuelle par famille.

L'absence d'agent recouvreur depuis deux ans rend la collecte des cotisations très difficile et cela à des conséquences sur le fonctionnement de la mutuelle. Il est aussi difficile pour les membres de payer directement les cotisations à la mutuelle du fait de leurs activités. Le constat est que certains membres ont des retards de paiement et la volonté d'être à jour vis-à-vis des cotisations n'est pas toujours réelle surtout qu'ils doivent se déplacer pour assurer leur paiement et parce qu'ils ne reçoivent plus de pressions pour les paiements.

En 2012 le taux de recouvrement des cotisations était de 42% mais en 2013 ce taux a nettement baissé. Ainsi la mutuelle réfléchit à une nouvelle stratégie de recouvrement des cotisations et des tickets modérateurs pour leur permettre de payer à temps et ne pas accumuler les cotisations. Cela pourrait se faire à travers le recrutement d'un agent recouvreur mais aussi à travers des formations afin de leur inculquer l'esprit mutualiste et l'importance d'être à jour vis-à-vis des cotisations.

La mobilisation des ressources reste une difficulté pour cette mutuelle mais les stratégies seront bientôt dégagées afin de résoudre ce problème

VI.1.2.2. Impact d'efficacité

D'années en années les dépenses de santé de la mutuelle sont en hausse. Cela s'explique par le nombre sans cesse croissant d'adhérents (de 471 à 489 entre 2011 et 2012) et la forte demande de soins émanant des patients. Ainsi pour l'année 2011 et 2012 on a

- 2011 : **1 106 440 F CFA** avec 377 prestations pour 2258 bénéficiaires
- 2012 : **1 125 510 F CFA** avec 219 prestations pour 2340 bénéficiaires

Ainsi le taux d'utilisation des services pour les deux années est de :

- 2011 : $[(377/2258) \times 100] = 16,97\%$
- 2012 : $[(219/2340) \times 100] = 9,35\%$

Le taux d'utilisation des services de santé a connu une forte baisse de 2011 à 2012. Cela est satisfaisant pour la mutuelle car le nombre de prestations a baissé. Cependant elle doit s'atteler à réduire les dépenses de santé qui sont très élevées.

Si on rapporte le montant des dépenses au nombre de bénéficiaires, on obtient :

- 2011 : $1\ 106\ 440/2258 = 490$ F CFA par bénéficiaires
- 2012 : $1\ 125\ 510/2340 = 480$ F CFA par bénéficiaires

Le coût moyen annuel par personnes et par an baisse également. La cotisation est donc très élevée (2400 par an) pour les patients dans la mesure où elle est la 5 fois le cout par personnes. Pour une cotisation donnée le patient paye les 1/5 de sa cotisation pour ses soins et cela est très élevé.

Concernant les prestations, elles sont conformes à la convention signée avec l'hôpital ROI BAUDOIN. Nous constatons une évolution des prestations offertes par la mutuelle de santé avec la prise en compte de certaines pathologies non présentes lors de la création de la mutuelle. C'est le cas des accouchements et des analyses.

Dans l'ensemble, la mutuelle atteint ses objectifs en matière de prestations. Mais le principal problème concerne le taux de recouvrement des prestations qui demeure encore faible dans la mutuelle.

VI.1.2.3. L'équité

Les personnes couvertes par la mutuelle de WAWGR exercent dans le secteur informel leurs revenus sont donc irréguliers, ils sont particulièrement vulnérables en termes de capacité financière. A ce titre, la mutuelle rétablit un certain équilibre avec les populations plus aisées, en ce qui concerne l'accès à l'hôpital. La mutuelle rend les soins accessibles à tous sans distinctions même aux personnes dont les revenus sont élevés. Ainsi l'équité dans l'accès aux soins du point de vue de la contribution financière des membres est assurée par la mutuelle. Cependant l'équité contributive n'est pas garantie car la cotisation est fixe et ne tient pas compte du revenu de chacun.

Concernant les prestations, chaque mutualiste est traité de la même façon. Et le centre de santé du fait qu'il soit un choix des populations est situé dans la même commune et tous les membres y ont accès sans difficultés.

VI.1.2.4. Accès aux soins de qualités

La mutuelle de santé garantie un accès aux soins de santé de qualité grâce à un plateau technique élevé au centre de santé ROI BAUDOIN. Initialement la mutuelle était affiliée à un poste de santé mais depuis la signature de convention avec l'hôpital elle bénéficie de soins de qualités. Avec un cout annuel et par personnes de 480FCFA (2012), une prise en charge des soins de 50%, et une prise en charge pharmacie de 25% la quote part payée directement par le bénéficiaires est très accessible. Ce système renforce l'accès aux soins mais peut être dangereux pour la viabilité de la mutuelle si les adhérents n'ont pas les moyens de rembourser.

Cependant le monopole du centre de santé ROI BAUDOIN en tant que centre de référence peut constituer un frein à la qualité dans la mesure où il n'y a pas de concurrence.

VI.1.2.5. Durabilité et Viabilité

La gestion courante de la mutuelle est assurée dans de bonnes conditions par le gérant de la mutuelle qui est recruté par le réseau des mutuelles de santé. En effet un appel à candidatures a été lancé et un gérant a été recruté avec la plus grande transparence et le plus grand professionnalisme. Il s'occupe de la gestion quotidienne des membres ou des situations des adhésions, des cotisations, des recouvrements et des prestations maladies. Il est l'unique personnel rémunéré de la mutuelle de santé les autres sont tous des bénévoles. Cela a pour conséquences de réduire les charges de la mutuelle mais ne permet pas à la mutuelle de disposer d'un personnel bien formé. Grace au partenariat existant avec l'ONG INTERMONDE, elle bénéficie souvent de l'appui d'un personnel qualifié et compétent.

Le taux de recouvrement des cotisations (42% en 2012) reste encore faible et beaucoup reste à faire à ce niveau pour que la mutuelle reste viable. La mutuelle pense actuellement à un schéma de collecte des cotisations.

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

La situation financière de la mutuelle est satisfaisante. Le rapport cotisations/dépenses est de $2\ 298\ 600 / 2\ 261\ 510 = 1,01$ si l'on écarte les avances sur les factures d'hospitalisation, qui

ne sont pas des dépenses de la mutuelle. Le rapport reste légèrement supérieur à 1. On constate donc que la mutuelle peu faire face à ses dépenses.

Concernant le fonctionnement de la mutuelle elle est assurée par les différentes instances dans le respect des statuts et règlements intérieurs de la mutuelle. Avant chaque conseil d'administration, le président élabore un compte rendu de la situation de la mutuelle pour le présenter aux administrateurs. Ce compte rendu reprend le solde du dernier trimestre, la situation financière, la situation des adhérents, les problèmes d'actualité. Cette procédure oblige les responsables à faire un bilan périodique de leur mutuelle et permet de déceler rapidement le moindre dysfonctionnement.

La mutuelle WAWGR bien qu'étant une mutuelle communautaire bénéficie donc de nombreux atouts. Elle doit cependant améliorer son taux de recouvrement des prestations, assurer le suivi des prestations et assurer la formation des membres.

VI.1.2.6. La gouvernance locale

La mutuelle WAWGR ne participe pas directement aux instances de décisions en matière de santé dans la mesure où elle n'est pas un membre de la fédération des mutuelles de santé et aussi parce qu'elle est membre de l'union départementale des mutuelles de santé communautaire de PIKINE(UDMSCP) et du réseau de mutuelles de santé (REMUSAC).

La mutuelle de santé ne saurait mener ses activités proprement dites sans ses relations avec ses partenaires techniques (structures de santé) mais aussi sans ses partenaires d'appui (Intermondes/ACDEV).

Cependant un processus de partenariat a été enclenché pour des signatures de conventions avec les collectivités locales en vue d'apporter assistance aux personnes vulnérables (orphelins, veuves, personnes ayant des signes d'handicap, etc.) et encore une proposition d'un autre service de types différents de prestations via CIDR est à l'étude et mérite aussi d'être explorée.

La mutuelle de santé a signé une convention de prestations de service avec ACDEV (action et développement)

VI.1.2.7. Analyse SWOT

L'analyse SWOT des mutuelles de la mutuelle permet de visualiser en interne les forces et faiblesses, et en externe les opportunités et les menaces.

❖ Les Forces

- Mutuelle fondée sur des valeurs de solidarité
- Bonne pratique du ticket modérateur
- Réelle volonté des populations
- Qualité de soins offerts par les prestataires

- Existence d'activités génératrices de revenus pour les femmes
- Engouement pour les activités organisées par la mutuelle
- Le recrutement du gérant par appel à candidatures

❖ Les Faiblesses

- Faible niveau d'instruction des membres
- Faible taux de recouvrement des cotisations
- Manque d'assistant conseil technique
- Faiblesse de la subvention municipale
- Insuffisance de la formation continue au niveau micro
- Faiblesse des systèmes comptables et production non systématique d'états financiers ;
- Faiblesse de la gestion prévisionnelle ;
- Exploitation insuffisante des données de suivi ;
- Lacunes quant à la tenue à jour des outils ;
- Sous-représentation des femmes dans les organes de décision et de gestion
- Existence d'un grand nombre de bénévoles sans primes de motivations
- Faible connaissance de différents risques liés à l'assurance
- Manque d'harmonisation des outils de gestion

❖ Les Opportunités

- Stabilité politique et paix sociale
- Un engagement politique au plus haut niveau
- Plan stratégique de la promotion et du développement des mutuelles de santé au Sénégal
- Appui des ONG et bailleurs sur le plan technique et financier
- La mise en œuvre de la CMU
- Formation et recherche sur la MAS

❖ Les menaces

- Risque de récupération politique par les maires
- Forte paupérisation des populations
- Le non-respect des prestations signées avec les prestataires
- Insuffisance de formation et recherche au niveau macro sur la MAS
- faiblesse du pouvoir d'achat des ménages
- Forte proportion du secteur informel et d'indigents

VI.2. DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE TRANSVIE

VI.2.1. Description de la mutuelle TRANSVIE

TRANSVIE, la mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers au Sénégal est une mutuelle sociale au premier franc qui assure la protection sociale des travailleurs des transports routiers du Sénégal. Inscrite dans le DSRP II, axe 3, TRANSVIE participe inéluctablement à l'atteinte des OMD. Créée en 2008 suite à la revendication des travailleurs des transports routiers du Sénégal, la mutuelle sociale TRANSVIE constitue le premier jalon posé dans le domaine de la protection sociale des travailleurs du secteur du transport dans l'économie informelle au Sénégal.

La mutuelle a pour objectif d'offrir une protection sociale à tous les travailleurs du secteur des transports routiers du Sénégal.

VI.2.1.1. Contexte de création

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance maladie. Ils sont particulièrement vulnérables face aux risques sociaux, notamment aux risques liés à la maladie et sont fortement exposés au risque d'accidents du travail et éprouvent de ce fait très régulièrement des difficultés de financement des soins et, par conséquent, une forme d'exclusion qui rend plus précaire encore leur statut et celui de leurs familles.

Face à cette situation, les travailleurs de ce secteur à travers le Syndicat National des Travailleurs des Transports Routiers du Sénégal (SNTTRS) a inscrit, en décembre 2004, la question de la protection sociale parmi les objectifs de leur plateforme revendicative.

En 2005, suite aux discussions menées par le ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles, le Comité National du Dialogue Social (CNDS) et les acteurs concernés (Organisations Syndicales, Direction des Transports Terrestres, Ministère de la Fonction Publique), le Comité National du Dialogue Social a mis en place une commission ad hoc pour répondre à la problématique de l'extension de la protection sociale par le dialogue social.

Le programme **STEP** du Bureau International du Travail (BIT) a dans ce cadre été saisi pour apporter un appui technique à la réalisation d'une étude de faisabilité et la mise en place d'un système de protection sociale des travailleurs des transports routiers. L'étude de faisabilité a mis en évidence les pratiques développées par les travailleurs face à ces risques et sur lesquelles le projet de mise en place de la mutuelle sociale pourrait s'appuyer.

Retenue comme système de protection maladie le plus approprié pour les travailleurs des transports routiers du Sénégal, la mutuelle sociale TRANSVIE a été mise en place le 16 Février 2008 au Stade Léopold Sédar Senghor de Dakar

VI.2.1.2. Organisation de la mutuelle

La mutuelle est administrée par les organes suivants : **les organes de gouvernance et les organes d'exécution**

➤ Les organes de gouvernance

L'assemblée générale

L'AG détermine la politique générale de la mutuelle et ses décisions engagent l'ensemble des adhérents. Elle se réunit une fois par an en session ordinaire c'est à dire dans les six (06) mois qui suivent la fin de chaque exercice sur convocation du Président du Conseil.

Elle est composée de délégués de chaque section locale, des membres d'honneur de la mutuelle et des partenaires de la mutuelle.

L'AG peut déléguer au Conseil d'administration une partie de compétences - pour une période définie (par exemple pour un an) - en matière de gestion de la mutuelle.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de 13 membres élus par l'AG et a pour mandat de mettre en application la politique générale de la mutuelle. Il dispose de responsabilités suffisamment importantes afin d'administrer la mutuelle entre deux AG.

Le CA se réunit trimestriellement et suit la gestion de la mutuelle. Cependant pour le fonctionnement quotidien et l'exécution des décisions prises par l'AG ou le CA, il désigne en son sein un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un secrétaire Adjoint.

Le conseil de surveillance

Il est composé de sept (07) membres élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale parmi les membres délégués des sections locales non administrateurs. Le Conseil de Surveillance élit en son sein, un président, un vice-président, un secrétaire général, un secrétaire adjoint

Il est chargé du contrôle de toutes les activités de la mutuelle sociale des transporteurs routiers. Il est chargé de vérifier la fiabilité de la comptabilité et la régularité des opérations financières ; de vérifier les données de suivi établies par la cellule de gestion.

Le comité de section locale

Le comité de section locale est constitué par les représentants des organisations professionnelles et des regroupements de transporteurs membres d'une section locale. Chacun de ces regroupements élit deux responsables qui seront chargés des opérations liées aux adhésions et au recouvrement des cotisations et de la représentation du regroupement au sein du comité de section locale.

Le comité de section locale constitue un premier niveau de représentation des adhérents au sein de la mutuelle. Il élit ses représentants à l'assemblée générale de la mutuelle au niveau national. Ses responsabilités sont similaires au niveau local à celles du CA.

➤ **Les organes d'exécution**

Le centre de gestion national

Le centre de gestion regroupe les services techniques de la mutuelle sociale des transporteurs et est placé sous la supervision du CA. Il agit par délégation d'attributions et est en charge des différents aspects du fonctionnement de la mutuelle et des sections locales.

Il se compose comme suit :

✓ **Le directeur général**

Le Directeur général intervient sous la supervision du Conseil d'Administration et supervise tout le personnel salarié de la mutuelle. Il est chargé d'assurer le lien avec le CA et d'appuyer les élus, d'identifier les axes stratégiques de développement de l'administration courante de la mutuelle, de superviser et coordonner les services techniques, et enfin de préparer les événements officiels de la mutuelle.

✓ **Responsable administratif et financier**

Le responsable administratif et financier intervient sous la supervision du directeur général et supervise le personnel rattaché au service administratif et financier. Il est chargé de mettre en place le système comptable, réaliser la gestion comptable et financière, assurer le Paiement des prestataires de soins et réaliser les états annuels de la mutuelle

✓ **Responsable prestation**

Le responsable prestation assure le pilotage du ou des produits d'assurance et veille à disposer en permanence des informations nécessaires pour un suivi permanent.

✓ **Responsable commercial**

Sa principale mission est d'assurer le marketing social, de permettre une bonne circulation de l'information et enfin d'assurer la formation.

Les cellules techniques des sections locales

La Cellule Technique est composée d'un personnel léger recruté par le Conseil d'Administration de la mutuelle et est sous l'autorité directe du centre de gestion. Elle réalise des activités de gestion technique et comptable au niveau locale :

L'organigramme de la mutuelle se présente comme suit

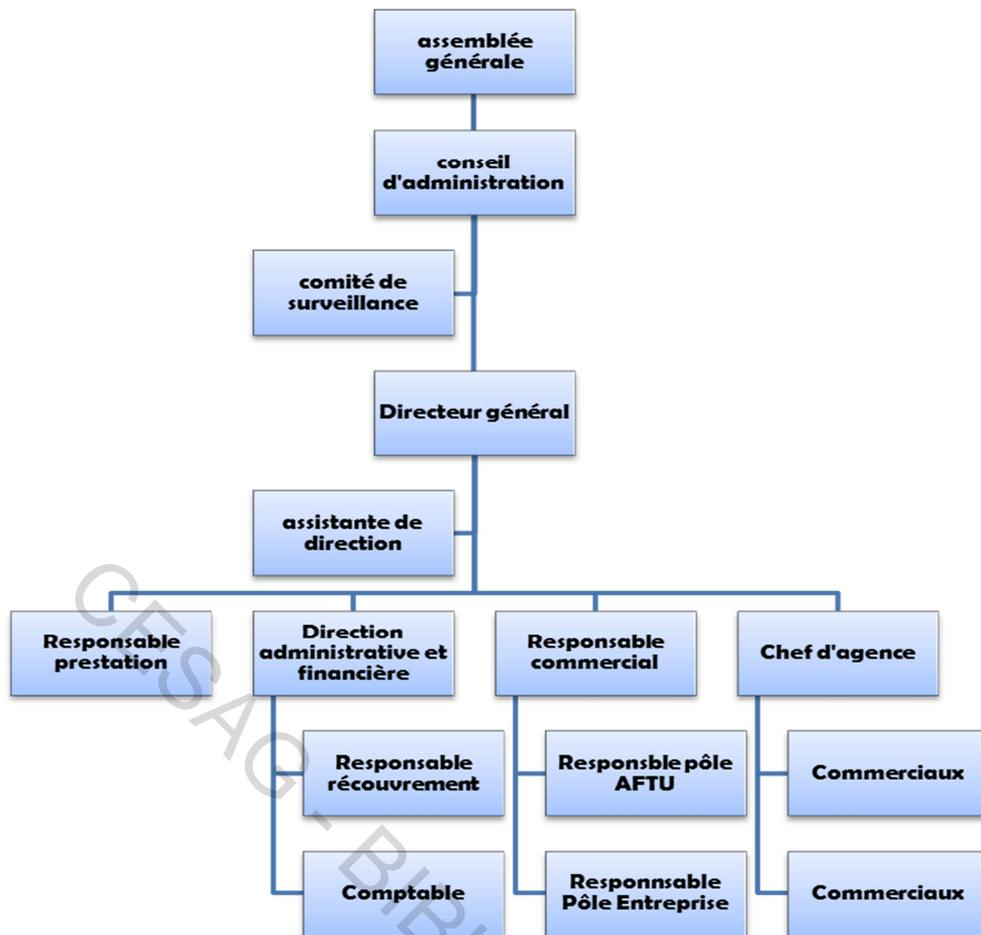


Figure 3 : Organigramme de la mutuelle TRANSVIE

SOURCE : La mutuelle TRANSVIE

VI.2.1.3. Le statut juridique

La mutuelle TRANSVIE est une mutuelle selon la loi qui dispose d'un statut, d'un règlement intérieur et d'un agrément.

VI.2.1.4. Les bénéficiaires

La mutuelle, organisée sur la base de l'environnement spécifique du secteur des transports routiers, assure essentiellement la couverture des travailleurs des transports routiers et de leur famille .Elle assure également la couverture des travailleurs des métiers connexes au secteur du transport. L'adhésion à la mutuelle est volontaire et automatique. Mais celle-ci est obligatoire pour certains transporteurs tels que les transporteurs de l'AFTU. On peut trouver dans cette mutuelle trois types de membres : le membre adhérent, le membre participant et le membre d'honneur. L'adhésion à la mutuelle sociale TRANSVIE peut se faire par groupe ou individuellement, mais la mutuelle privilégie l'adhésion par groupe (membre adhérent). Chaque membre adhérent doit au moins contenir cinq membres participants et doit être au préalable une personne morale (un GIE, une association dans un lieu de regroupement, une

petite entreprise, une organisation professionnelle, un groupe d'entraide, etc.). Tout membre participant a la possibilité de prendre en charge au maximum six (06) personnes à charge : les conjoints (es) et les enfants âgés de moins de 21 ans.

La population cible est constituée des travailleurs du secteur des transports routiers du Sénégal dûment inscrits dans une structure de regroupement des travailleurs comme les Groupement d'Intérêt Economique (GIE) de l'Association de Financement des Professionnels du Transport Urbain (AFTU) de la région de Dakar ou toute autre structure reconnue d'utilité communautaire dans les lieux de rassemblement des véhicules (garages, stations...) ainsi que les travailleurs cooptés par les représentants choisis de la population cible.

La mutuelle compte actuellement plus de 1600 adhérent et plus de 7 000 bénéficiaires.

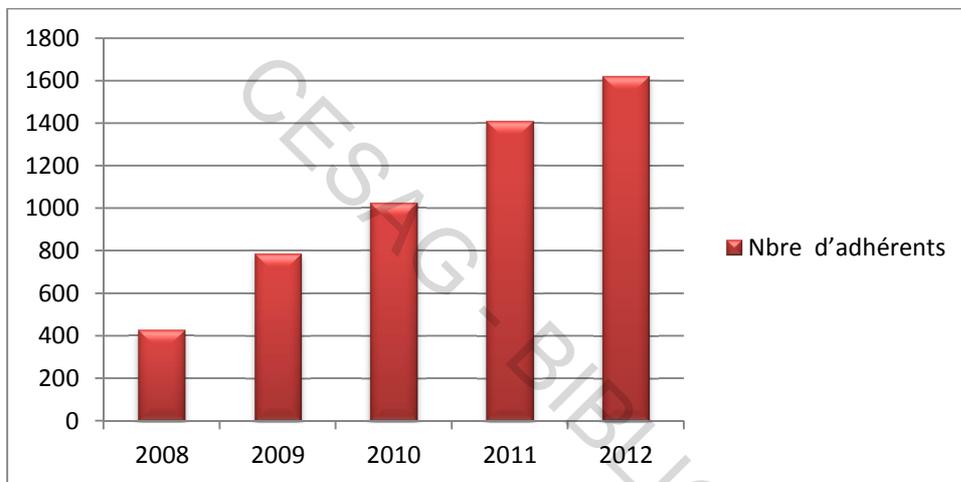


Figure 4 : évolution du nombre d'adhérents de 2008 à 2012

Source : service recouvrement de la mutuelle

Nous constatons une évolution des adhésions à la mutuelle passant de 426 adhérent en 2008 la mutuelle compte aujourd'hui plus de 1600 adhérents. Cependant cette croissance n'est pas régulière dans la mesure où cette croissance n'est pas proportionnelle

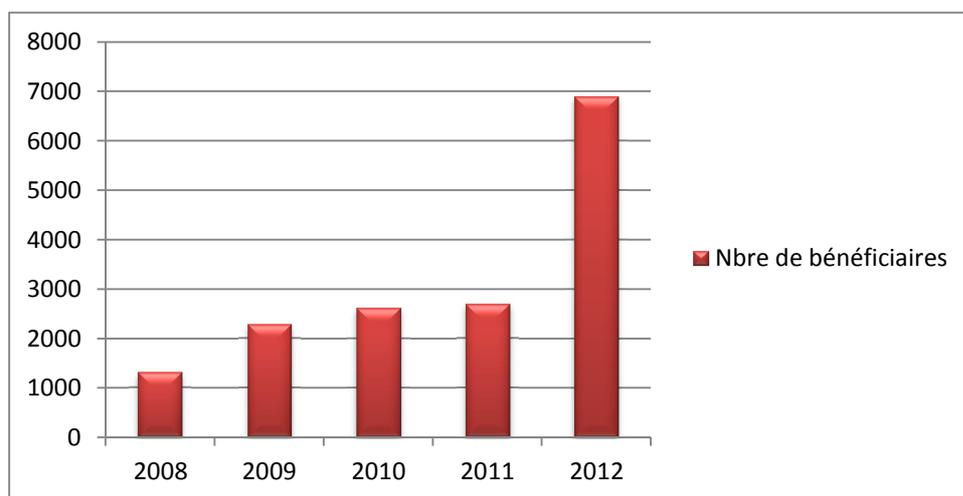


Figure 5 : évolution du nombre de bénéficiaires de 2008 à 2012

Source : service recouvrement de la mutuelle

Ce graphe nous montre deux phases d'évolution des bénéficiaires, une faible augmentation de 2008 à 2011 et ensuite une très forte augmentation entre 2011 et 2012.

Ceci pourrait s'expliquer par le caractère obligatoire de la mutuelle, les garanties offertes par la mutuelle qui sont très attrayantes mais aussi par le sérieux qui caractérise la structure.

VI.2.1.5. Les cotisations

La cotisation mensuelle est fixée à 1.200 FCFA par bénéficiaires soit un Forfait familial (de 1 à 6 personnes) de 7.200 FCFA dont : 2.200 FCFA à la charge de l'employeur et 5.000 FCFA à la charge du travailleur. Il faut noter un cofinancement de la cotisation entre les transporteurs et leurs travailleurs avec un taux de recouvrement qui avoisine les 95%. Chaque formule calculée sur la base d'une étude actuarielle devra aboutir à un montant total correspondant à 14.400FCFA par an et par bénéficiaire.

Un droit d'adhésion forfaitaire de 1.000 FCFA est versé par chaque adhérent ainsi que la première cotisation lorsque toutes les fiches d'adhésions sont remplies. De plus tout nouvel adhérent doit nécessairement observer une période d'observation de deux(2) mois avant de bénéficier des prestations de la mutuelle. Après cela chaque paiement de cotisation donne lieu à un renouvellement des cartes d'adhérent par la section locale qui enregistre les cotisations en mettant à jour le compte de cotisation de chaque adhérent sur le logiciel de gestion.

Les cotisations peuvent également être prélevées directement à la source via des prélèvements grâce à une convention signée le 15 mai 2008 avec une structure spécialisée dans le financement du transport en l'occurrence MECTRANS¹⁰. Ce partenariat s'est traduit par la signature d'une convention entre les responsables des deux structures. La périodicité de

¹⁰ Structure spécialisée dans le financement en apport personnel pour l'obtention de véhicules dans le programme de rénovation du parc automobile des transports.

paiement peut être mensuelle, trimestrielle, annuelle ou autre, comme la convention d'adhésion le mentionne.

VI.2.1.6. Les prestations

Pour avoir droit aux prestations de la mutuelle, chaque adhérent devra être à jour de ses cotisations et disposer de sa carte d'adhérent. En cas de maladie, le bénéficiaire se présente à la mutuelle afin de recevoir une lettre de garantie, puis il se rend directement chez un prestataire de soins conventionné avec la carte d'adhérent. A l'issue des soins, et suivant les modalités fixées dans le cadre du conventionnement avec la mutuelle, l'adhérent s'acquitte du montant du ticket modérateur et le prestataire de soins établit une attestation de soins (ou feuille de prise en charge). A l'issue de chaque mois, ces attestations sont compilées afin d'établir le montant mensuel à payer par la mutuelle.

Les taux de prise en charge des dépenses de soins sont :

- Hôpitaux publics : 90%
- Centres de santé : 70%
- Pharmacies privées : 30%
- Cabinets médicaux : 70%
- Cliniques privées : 80% mais accouchement 50%
- EVASAN : 100%

La prise en charge des dépenses de santé est réalisée par le mécanisme de tiers payant, le bénéficiaire ne paie que le ticket modérateur restant à sa charge et les structures sanitaires facturent le reste à la mutuelle de santé.

La mutuelle assure la couverture de tous les soins. Cependant cette couverture exclut les services et produits tels que la chirurgie esthétique, les tentatives de suicide, les soins de confort, les prothèses dentaires, la lunetterie, les accidents de travail (pour les titulaires de contrats de travail enregistrés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale), les personnes à charge par d'autres programmes de gratuité comme par exemple le plan sésame pour les personnes de plus de 60 ans.

Plus généralement elle offre une gamme de services qui peut être scindée en deux groupes : **les services santé ou Pack vie et les services prévoyance**

❖ Les services santé ou Pack vie

Il englobe tous les services dédiés à la santé parmi lesquels :

- **La garantie classique** qui donne accès aux hôpitaux et centres de santé sur l'étendue du territoire sénégalais

- **La garantie clinique** (12 800 FCFA/mois/adhérents en plus de la cotisation de 7 200 FCFA) englobe la précédente et vous ouvre les prestations au niveau de certaines cliniques conventionnées
- **Une garantie évacuation sanitaire au Maroc ou EVASAN** (15 000 FCFA/an/bénéficiaire) donne droit à une évacuation en cas de besoin vers des cliniques marocaines spécialisées.

❖ Les services de prévoyances

Ils se composent des garanties suivantes :

- **Une garantie indemnités journalières** en cas d'hospitalisation, qui vous permet de supporter les charges liées à l'hospitalisation
- **Assurance décès** pour sécuriser les crédits
- **Assurance chômage** pour lutter contre la précarité de l'emploi.
- **Assur cotisation** pour accompagner le membre lors des périodes difficiles
- **Protection accident**, indemnités versées au chauffeur en cas d'accident.

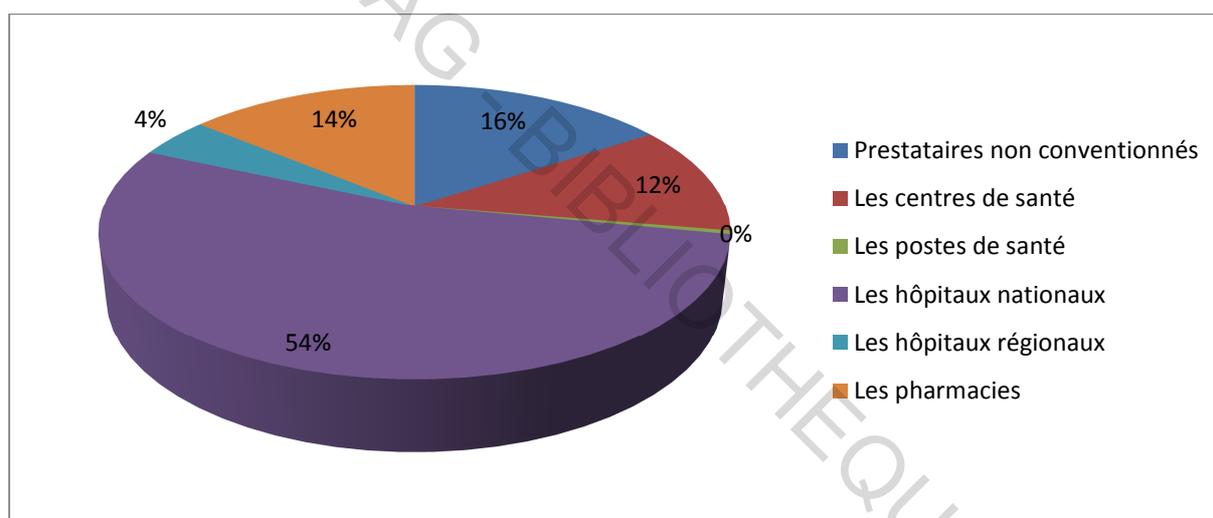


Figure 6 : les prestataires les plus demandés en 2012

Source : service prestation de la mutuelle TRANSVIE

On constate une très forte utilisation des hôpitaux nationaux par les assurés avec 54% d'utilisation, ensuite viennent respectivement les prestataires non conventionnés (16%), les pharmacies (14%), les centres de santé (12%) et enfin les hôpitaux régionaux. Cependant nous constatons la non utilisation des postes de santé par les assurés en 2012. Cela pourrait s'expliquer par l'absence de transporteurs affiliés dans les zones rurales.

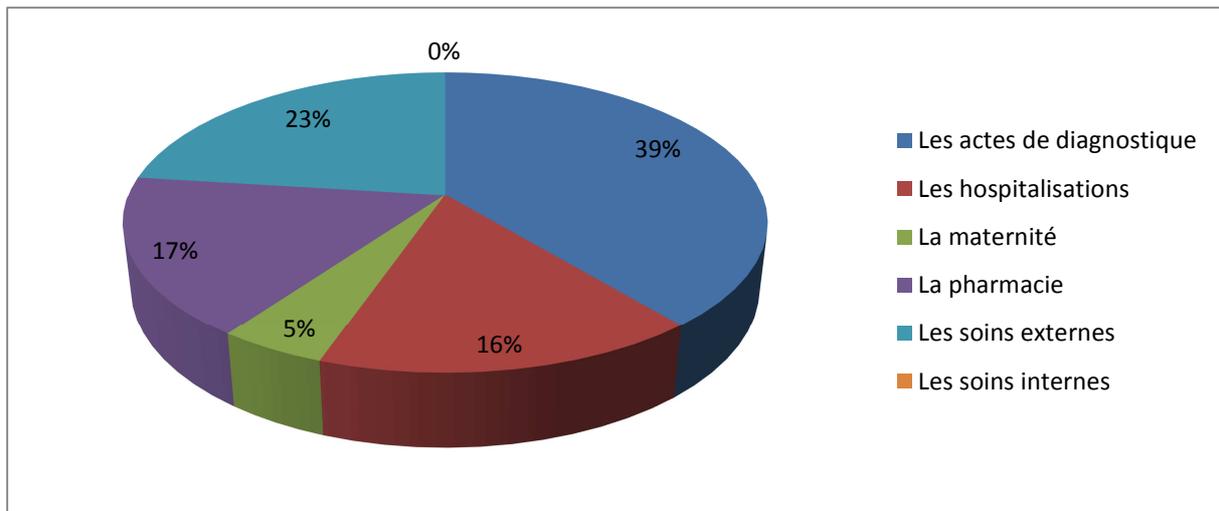


Figure 7 : la demande en actes médicaux pour l'année 2012

Source : Service prestation de la mutuelle TRANSVIE

On constate que les actes de diagnostiques ont été les demandés en 2012 avec 39% ensuite viennent les soins externes, la pharmacie, les hospitalisations et enfin la maternité. Cependant nous constatons une absence de demande concernant les services internes

VI.2.1.7. Le suivi des bénéficiaires

Le suivi des adhérent au sein de la mutuelle est assurée par le registre des adhérents et par des cartes de membres. Cette carte d'adhérent comporte les informations suivantes : Le code de la mutuelle, Les nom et prénom de l'assuré, Sa date de naissance, Son sexe, son adresse, sa professions, son groupement et enfin la subdivision à laquelle il appartient.

De plus la mutuelle dispose de registres de paiement des cotisations et un registre de suivi des cotisations pour assurer un suivi régulier des cotisations. Outre cela, la mutuelle dispose de fichiers Excel régulièrement mis à jour pour le règlement des cotisation mais surtout elle s'est dotée du logiciel MAS Gestion, développé par le BIT/STEP ,qui permet une saisie des informations répartie entre les sections locales et le siège, une centralisation des informations au niveau du centre de gestion et une consultation des données à tous les niveaux pour le contrôle et le suivi du système. Elle dispose également du logiciel CRM (Customer Relationship Management) qui optimise le traitement et l'analyse des données relatives aux clients et prospects pour une connaissance continue des clients et des rapports avec les partenaires commerciaux. Tous ces outils ont été introduits depuis juin 2008 date de versement des premières cotisations.

Quelques cas (deux cas) de fraudes ont été constatés par la mutuelle depuis sa création. Ces cas de fraudes qui n'ont entraînés aucunes pertes pour la mutuelle étaient dues à un adhérent et un prestataire privé. Les sanctions prévues par la mutuelle vont du règlement à l'amiable à la radiation.

La mutuelle dispose d'un système sécurisé et d'outils assez performants de contrôle des adhérents, de paiement des cotisations et des hospitalisations.

VI.2.1.8. Les comptes

La mutuelle utilise le plan comptable élaboré dans le cadre de la législation UEMOA. L'ensemble des droits d'adhésion et des cotisations collectés par les sections locales est versé au centre de gestion national par virements bancaires. Le centre de gestion procède au paiement des prestataires de soins, redistribue les budgets de fonctionnement aux sections locales et constitue un fonds de réserve.

La mutuelle dispose d'un budget prévisionnel, un plan de trésorerie, un compte de résultat, d'un bilan et de logiciels à savoir un logiciel de gestion de trésorerie et un logiciel SAARI pour enregistrer et traiter les transactions comptables, la comptabilité clients, la paie et le grand livre.

Elle tient une comptabilité régulière et rigoureuse dont les résultats sont certifiés par un cabinet financier.

On constate donc que la mutuelle dispose d'une bonne assise financière due à un système comptable très organisé et informatisé.

VI.2.1.9. Les moyens matériels

La mutuelle emploie un personnel jeune et qualifié constitué de 17 employés salariés ayant un niveau minimum équivalent au BAC+4. En effet la mutuelle compte s'appuyer sur des ressources humaines de qualité pour réaliser son idéal qui est d'être le premier régime de micro assurance du Sénégal. La mutuelle est dirigée par un Directeur Général recruté en CDI par appel à candidature du BIT avec un objectif celui de développer la mutuelle TANSVIE.

La mutuelle est accompagnée dans sa mission par des partenaires locaux à savoir le CETUD, la DTT, le CNDS, la CAFSP, le ministère du travail, l'AFTU, la MECTRANS, PAMECAS et des partenaires internationaux tels que La mutuelle Bleue de France, le BIT STEP, Le cabinet MERCER etc.....

La mutuelle dispose d'un siège situé à Dakar au quartier Liberté constitué de 4 bureaux et d'une salle de réunion climatisés, meublés et équipés de matériels informatique connecté à internet. Elle est locatrice du local abritant son siège.

VI.2.2. Analyse de la mutuelle TRANSVIE

VI.2.2.1. Mobilisation des ressources

La mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers au Sénégal est une mutuelle au premier franc considérée comme le fruit du dialogue social entre employeurs et employés. Le forfait mensuel pour une famille de 1 à 6 personnes est de 7.200 FCFA, dont : 2.200 FCFA à la charge de l'employeur et 5.000 FCFA à la charge du travailleur.

Le montant de la cotisation est abordable pour les bénéficiaires vu le nombre sans cesse croissant d'adhérent et les garanties proposées par la mutuelle.

Le calcul de la cotisation de base est détaillé comme suit

Tableau 3 : détail des cotisations par bénéficiaires et par ménages

	Montant par jour	Montant par mois	Montant par an
Cotisations par bénéficiaires	40	1200	14 400
Cotisations par Ménages	240	7200	86400

Source : La mutuelle TRANSVIE

Le prélèvement se fait à la source et le recouvrement est assuré par le service recouvrement qui réalise des taux de recouvrement très élevés avoisinant les 90% par an. En effet, ce taux qui a connu une augmentation entre 2008 et 2009 a fortement chuté en 2010 avant de reprendre son accession de 2010 à nos jours.

La période d'observation de deux mois permet au bénéficiaire de finaliser les documents leur permettant d'avoir accès aux services de la mutuelle mais aussi de renforcer la capacité financière de la mutuelle. Cette période relativement courte permet de ne pas décourager les bénéficiaires.

La mutuelle dispose d'un fond de réserve alimenté régulièrement avec 7% des cotisations des membres mais également grâce à des placements sur les marchés financiers. La mutuelle ne dispose pas de fond de garantie.

La mutuelle est un exemple en matière de mobilisation des ressources financière et en matière de recouvrement de cotisations.

VI.2.2.2. La contribution d'efficacité

La mutuelle connaît une augmentation significative des dépenses de santé due à l'augmentation sans cesse croissante des membres mais aussi à cause des nombreuses conventions signées avec les prestataires.

Compte tenu du manque de donnée le taux d'utilisation des services n'est pas connu.

Cependant les dépenses de santé par bénéficiaires de 2011 et de 2012 sont :

- 2011 : rapport dép./ben = 4812
- 2012 : rapport dép./ben = 3672

On constate une baisse significative du cout moyen annuel par bénéficiaires. La cotisation annuelle par bénéficiaires de 14 400 FCFA semble être élevée au vue du cout moyen par bénéficiaires. Le montant de la cotisation est quatre(4) fois le cout annuel par personnes de 2012. Selon le guide pratique des mutuelles de santé en Afrique (BIT-ACOPAM/WSM-ANMC, on estime qu'en tenant compte des frais de gestion et des marges de sécurité, la cotisation doit représenter environ 120% des dépenses par personne. Ainsi malgré la baisse constatée en 2012, Le montant de la cotisation reste élevé, mais on peut encore prévoir une hausse de la consommation médicale pour l'exercice suivant. De plus, le calcul a été fait sur l'ensemble des adhérents (y compris ceux qui ne sont pas à jour).

La durée de séjour des patients est illimitée quel que soit le lieu d'hospitalisation (hôpitaux, centre de santé, cliniques privée etc.....) .Cela permet à la mutuelle d'atteindre son objectif qui est la couverture des risques de tous ses membres.

Concernant les prestations elles sont conformes aux conventions signées avec les différents prestataires. Nous constatons une augmentation des prestataires agréés à la mutuelle dans la mesure où ceux-ci sont choisis par les membres sur la base de certains critères comme la proximité, la qualité de services etc....

Chaque adhérent doit être à jour de ses cotisations et disposer de sa carte d'adhérent avant d'avoir accès aux prestations. En cas de maladie, le bénéficiaire se présente à la mutuelle afin de recevoir une lettre de garantie, avant de se rendre chez un prestataire de soins conventionné avec la carte d'adhérent. Ce mécanisme permet de lutter contre la fraude et permet de faire un état des lieux des prestations délivrées mensuellement pour le remboursement des prestataires.

Aucun cas d'exclusions n'a été constaté dans la mesure où tous ceux qui ont sollicités les services en ont bénéficiés.

VI.2.2.3. L'équité

Au niveau national, la mutuelle contribue à l'équité en offrant une couverture maladie à une catégorie de la population particulièrement vulnérable face aux risques sociaux, notamment aux risques liés à la maladie et sont également fortement exposés au risque d'accidents du travail.

Au sein de la mutuelle, il y a une équité d'accès dans la mesure où tous les membres bénéficient de la même couverture maladie. De plus la cotisation forfaitaire de 7200 FCFA ne tient pas compte du revenu de chacun ainsi l'équité ne joue pas en matière de contribution.

En matière de prestations, tous les mutualistes bénéficient des mêmes services. Les structures sanitaires étant choisies par les membres, ceux-ci ont des structures sanitaires à proximité de leurs lieux d'habitations. Ils n'ont donc pas à se déplacer d'une zone à une autre pour bénéficier des soins.

VI.2.2.4. L'accès aux soins de qualité

Les taux de prise en charge de 90% pour les hôpitaux et 70% pour les centres de santé contribuent largement à l'accessibilité financière des soins de santé. Les bénéficiaires ont la garantie d'avoir accès aux soins de santé de qualité avec un plateau technique élevé. Depuis Aout 2008 début des premières prestations de la mutuelle, le nombre de structures conventionnées augmente. La mutuelle conditionne le choix de prestataires sur la base de la proximité des membres mais aussi et surtout sur la base des soins de qualité. Ainsi les structures sont pour la plupart à Dakar mais également dans les régions comme Thiès, Mbour, Diourbel, Touba, Kaolack.

De plus avec la garantie EVASAN, la mutuelle permet d'offrir aux assurés la possibilité de se soigner au MAROC moyennant une cotisation de 15000 FCFA par an et par assuré une période d'observation de deux(2) mois. Ce contrat permet un transfert médical vers une structure médicale du MAROC avec prise en charge du transport, accueil à l'aéroport, choix du prestataire médical, pris en charge des sons médicaux et suivi du dossier médical. Cela démontre la volonté de TRANSVIE de permettre à ses membres de bénéficier des services de qualité.

Tableau 4 : évolution des prestataires de soins depuis 2008

2008	2009	2010	2011	2012	2013	
CS Abdoul Aziz Sy	CS Abdoul Aziz Sy	CS Abdoul Aziz Sy	CS Abdoul Aziz Sy	CS Abdoul Aziz Sy	CS Abdoul Aziz Sy	1
CS Roi Baudoin	CS Roi Baudoin	CS Khadim Rassoul	CS Darou Marnane	CS KhadimRassoul	CS KhadimRassoul	2
H Albert Royer	H Albert Royer	CS Roi Baudoin	CS KhadimRassoul	CS Roi Baudoin	CS Roi Baudoin	3
H Fann	H Fann	H Albert Royer	CS Matlab. Fawzéni	H Albert Royer	CS Golf sud	4
H Pikine	H Pikine	H Fann	CS Roi Baudoin	H Fann	Youssou Mbergane	5
H Y. Mbergane	H Y. Mbergane	H Pikine	H Albert Royer	H Pikine	Hann sur mer	6
HALD	HALD	H Y. Mbergane	H Ndamatou	H Y.Mbergane	Samu	7
HOGGY	HOGGY	HALD	H Fann	HALD	Phillip M Senghor	8
	HPD	HOGGY	H Pikine	HOGGY	Keur Massar	9
	Polyclin. Golf Sud	HPD	H R Louga	HPD	Camberene	10
	SAMU Municipal	Polyclin. Golf Sud	H R Thiès	Polyclin. Golf Sud	CS Mbacke	11
		SAMU Municipal	HALD	SAMU Municipal	CS kasnack	12
			HOGGY	C croix bleue	Marie Stopes inter	13
			HPD	C Keur Marie	H Fann	14
			Polyclin. Golf Sud	C Hoballah	H aritide le dantec	15
			SAMU Municipal	C SOS Dentiste	H albert Royer	16
				C Urgences cardio	Hoggy	17
				C IMMODSEN	CHN Pikine	18
				MAROC	Sakhir Ndieguene	19
					Henrich Lubdke	20

Matlboul Fawirzeyni	21
EL hadj ibrahima Niass	22
St jean de DIEU	23
Abdoul aziz Sy Dabakh	24
HR St louis	25
Croix bleue	26
Sos dentist	27
Hoballah	28
Keur Marie	29
Imodsen	30
Almahtoume	31
Urgence cardio	32
C M cornice ouest	33
Clinique Ndiaye	34
Maroc	35

Source : l’auteur à partir des informations collectées à la mutuelle

Au regard de ce tableau, nous remarquons que le nombre de prestataires conventionnés avec la mutuelle TRANSVIE a considérablement augmenté d’année en année passant de 8 en 2008 à 16 en 2011 et 35 en 2013.

VI.2.2.5. Durabilité et Viabilité de la mutuelle

La mutuelle qui a décidé de fonder sa réputation sur des ressources humaines de qualités est gérée par un personnel qualifié avec à sa tête un Directeur Général recruté par appel à candidature en fonction de ses compétences en matière de gestion. Il assure une gestion saine et rigoureuse de la mutuelle permettant un accroissement du nombre d’adhérent d’années en années.

Le taux de recouvrement des cotisations (98% en 2012) reste très élevé et ceci est très satisfaisant pour la mutuelle. Mais bien qu'ayant ceci comme atout, elle doit continuer sur cette dynamique car cela lui permettra d'avoir une bonne assise financière.

La tenue des documents comptable et des documents de gestion est satisfaisante. Cependant la mutuelle doit encore faire des efforts.

La situation financière de la mutuelle est satisfaisante comme l'indique le rapport Cotisation/dépenses entre 2011 et 2012. En effet ce rapport est très largement supérieur à 1 en 2011 et 2012. Cependant en l'absence de données financières nous n'aurons pas les chiffres exacts.

Ce rapport a pratiquement doublé de 2011 à 2012 selon les estimations de la mutuelle. Ce qui signifie que les cotisations couvrent très largement les dépenses de santé, mais surtout il confirme une fois encore que la situation financière de la mutuelle est au beau fixe.

La mutuelle de TRANSVIE bénéficie donc de nombreux atouts notamment une situation financière très satisfaisante et la capacité managériale du DG.

VI.2.2.6. Contribution à la gouvernance

La mutuelle participe directement aux instances de décision en matière de santé. Toutes les conventions sont obtenues et signées par le DG. Cependant elle ne participe pas à la gestion de services de santé.

VI.2.2.7. Analyse swot

❖ Les forces

- Le prélèvement à la source permet un recouvrement des cotisations à faible cout
- Une gestion professionnalisée qui génère une confiance des assurés
- La mutuelle est constamment à l'écoute des clients ce qui lui permet de s'améliorer au jour le jour
- L'existence d'une mission, d'une vision et des valeurs
- La mutuelle offre de bonnes garanties de prévoyance
- En plus des moyens financiers, elle dispose de moyens matériels énormes
- La mutuelle est fortement tournée vers l'innovation

❖ Les faiblesses

- L'absence de fond de garantie
- La mutuelle est confrontée à un problème de sur effectif transformant ainsi la salle de réunion en bureau
- La mutuelle est souvent confrontée à une surfacturation des prestataires privés
- Lors des consultations les membres ont quelques fois des difficultés avec les structures sanitaires

Tableau synoptique
et comparatif de la
mutuelle WER AK
WERLE et de la
mutuelle TRANSVIE

MUTUELLES DE SANTE	MOBILISATION DES RESSOURCES	IMPACT SUR LE RECOURS AU SOINS	EQUITE		VIABILITE	ACCES AUX SOINS DE QUALITE	GOUVERNANCE LOCALE
			ACCES	CONTRIBUTIVE			
WER AK WERLE DE GUINAW RAILS WAWGR	<ul style="list-style-type: none"> -Adhésion volontaire Et familiale (15 pers max) -le droit d'adhésion est de 1500 FCFA -Période d'observation de 3 mois -cotisation mensuelle par bénéficiaires de 200FCFA -Ticket Modérateur de 50% -Fond de réserve de 1 192 830FCFA(2012) -Pas de fond de garantie 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour couverte de 5 jrs maximum -Taux de recours aux soins non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> -OUI La couverture maladie est la même pour tous les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> -NON La cotisation est fixe, elle n'est pas fonction du revenu de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> -Personnel bénévole sauf gérant -soutien d'INTERMONDE en termes de personnel qualifié -taux de recouvrement des cotisations faible : 42%(2012) -registres de suivi à jour -situation financière juste satisfaisante. Rapport cotisations /dépenses de 1,01 - 	<ul style="list-style-type: none"> -cout annuel moyen par personnes de 480FCFA(2012) -Un hôpital conventionné. Très faible -prise en charge : 50% hôpitaux 25% pharmacies -Paquet de soins moyen : Consultations ambulatoires, analyses labo, Radiographie – Echographie, Soins dentaires, Hospitalisation, Accouchements, Médicaments Génériques et toutes autres prestation 	<ul style="list-style-type: none"> -Membre du REMUSAC et UDMSCP Pas d'influences sur les décisions en matière de santé

MUTUELLES DE SANTE	MOBILISATION DES RESSOURCES	IMPACT SUR LE RECOURS AU SOINS	EQUITE		VIABILITE	ACCES AUX SOINS DE QUALITE	GOUVERNANCE LOCALE
			ACCES	CONTRIBUTIVE			
TRANSVIE	<ul style="list-style-type: none"> -Adhésion volontaire Et obligatoire -privilégie l'adhésion de groupe et familiale (6 pers max) -le droit d'adhésion est de 1000 FCFA -Période d'observation de 2 mois -cotisation mensuelle par Ménages de 7200FCFA -Ticket Modérateur de 30% à 100% selon les prestations -Fond de réserve non disponible -Pas de fond de garantie 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour couverte du patient est illimité -Taux de recours aux soins non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> -OUI La couverture maladie est la même pour tous les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> -NON La cotisation est fixe, elle n'est pas fonction du revenu de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> -Personnel qualifié et salarié - couverture très adaptée à la contribution des membres -taux de recouvrement des cotisations très élevé : 98%(2012) - registre de suivi à jour et informatisé -situation financière très satisfaisante -gestion rigoureuse des instances 	<ul style="list-style-type: none"> -cout annuel moyen par personnes de 3672FCFA(2012) - les prestataires conventionnés : 13 hop pub 13 C S 19 pharmacies -prise en charge : 90% hôpitaux 70% C S 30% pharmacies -Paquet de soins : Tous les soins sauf la chirurgie esthétique, les tentatives de suicide, les soins de confort, les prothèses dentaires, la lunetterie, les accidents de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> -signatures de conventions avec les prestataires -pas d'influences sur les décisions en matière de santé

Chapitre VII: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

VII.1.DISCUSSIONS

VII.1.1. Processus d'implantation et évolution d'une mutuelle sociale

Les fondations des mutuelles de santé, les hypothèses sur lesquelles elles sont construites, doivent être particulièrement solides. Un système aura d'autant plus de chances de survivre puis de se développer qu'il aura été bien conçu dès le départ. Ainsi réaliser une étude de faisabilité avant la mise en place d'un système ou avant une nouvelle phase de développement de celui-ci apparaît donc essentiel.

Concernant notre analyse, les deux mutuelles de santé ont fait l'objet d'études de faisabilité lors de leur création mais dans des contextes différents et par des organismes techniques différents.

L'étude de faisabilité initiée par l'ONG ENDA, structure d'appui aux micros finances et spécialisée dans le financement des activités génératrices de revenus est certainement à l'origine des dysfonctionnements que connaît la mutuelle WER AK WERLE. En effet pour FONTENEAU et GALLAND¹¹ (2006) ces ONG non spécialisés dans le domaine de la micro assurance santé se caractérisent par le manque de compétences techniques, de ressources marketing et humaines. Mais surtout par leur nature inexpérimentée et leurs nombreux objectifs. La micro assurance représente un nouveau domaine pour tous ces organismes impliqués dans leur création. Certains n'ont aucune expériences en Afrique, d'autres en ont, mais dans d'autres domaines comme la micro finance. Pour elles, le soutien des assurances maladies pour la population exclues des systèmes de protection sociale représente un nouveau domaine d'ingénierie sociale. En général elles n'attachent pas la même importance aux aspects techniques et sociaux.

La mutuelle TRANSVIE quant à elle a bénéficiée d'une étude de pré-faisabilité et d'une étude de faisabilité. Ces études ont été appuyées techniquement par un consultant de Conseil en Gestion des Risques (CGR) et le programme STEP du BIT. La réalisation de l'étude a été financée par le programme STEP.

L'étude de pré-faisabilité réalisée en 2005 avait pour objectif de préparer l'étude de faisabilité à travers la vérification des conditions préalables à la mise en place d'un système de micro assurance santé, la confirmation ou non de l'étude de faisabilité, la constitution du comité de pilotage chargé de la conduite de l'étude de faisabilité et enfin la programmation de l'étude (délai de réalisation, moyens logistiques à prévoir, profil de l'équipe à constituer) et préparation de son budget prévisionnel. Elle a permis la détermination et la préparation du

¹¹ « Protéger les plus démunis, Guide de la micro assurance santé » Graig CHURCHILL

cadre d'actions devant mener à la mise en place opérationnelle du système d'assurance maladie.

La méthodologie adoptée pour la réalisation de l'étude de faisabilité a reposé sur la définition d'un modèle fonctionnel, viable et pérenne pour le système d'assurance maladie du secteur des transports routiers au Sénégal. Cette étude portait sur la recherche d'informations concernant la situation actuelle du secteur des transports, l'estimation de la population cible. Elle a permis la réalisation de travaux spécifiques tels qu'une étude sociologique et une étude de coûts.

VII.1.2. L'impact du modèle choisi

Les difficultés rencontrées par la mutuelle sont des difficultés liées au modèle communautaire et qui ont été évoquées par Fonteneau et Galland(2006). Pour eux ces problèmes ne peuvent pas être considérés comme indépendants du contexte de l'Afrique de l'ouest où ce modèle a été principalement mis en œuvre. Ce modèle ne mène pas automatiquement aux mêmes conséquences dans d'autres environnements. Notre analyse confirme parfaitement leurs affirmations.

En effet la mutuelle WAWGR connaît de faibles taux d'adhésion (481 en 2012) ce qui est inférieur à 1000, elle compte en son sein de nombreux bénévoles démotivés et sans compétence(tout le personnel est bénévole sauf le gérant), la prime d'assurance reste faible (2400FCFA/an/personnes), les revenus sont irréguliers et modestes (problèmes d'accessibilité financière), le paquet de soin est limité donnant accès aux soins primaires et secondaire et enfin le taux de recouvrement de cotisations est faible (42% en 2012)

La mutuelle TRANSVIE en tant que mutuelle de santé couplée à une institution de micro crédit (MECTRANS) présente en partie les mêmes caractéristiques que ces institutions.

Des auteurs (NYSSSENS, NGONGANG, WELE I, 2005) du GRAP-OSC¹² affirment que ces institutions ont des effets au plan de la Protection sociale notamment à travers le taux de recouvrement des cotisations et l'évolution des adhésions des membres à la mutuelle de santé.

Ces différentes affirmations ont été confirmées par notre étude dans la mesure où TRANSVIE à un taux de recouvrement largement supérieur à 50% (98% en 2012) et le nombre d'adhérents augmente d'années en année depuis 2008.

VII.1.3. Mutuelle communautaire et extension de la CMU

L'analyse de la mutuelle WER AK WERLE ne suffit pas à elle seule pour affirmer que les mutuelles communautaires sont favorables à l'extension de la CMU. Cependant à partir de nombreuses études et articles réalisés nous pouvons affirmer que les mutuelles communautaires peuvent contribuer favorablement contribuent à l'extension de la CMU.

¹² Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur les Organisations de La Société Civile

Pour L'USAID(2010), la principale raison d'être des efforts d'extension de l'assurance maladie est de faire en sorte que l'accès aux soins de santé ne soit plus limité pour des raisons financières. L'extension de l'assurance maladie dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara peut se construire sur les avantages comparatifs des mutuelles de santé communautaires et les avantages comparatifs de l'État et des autres acteurs de développement. L'établissement de liens bénéfiques entre les mutuelles de santé communautaires d'une part et l'Etat et les autres acteurs de développement d'autre part nécessite deux processus d'extension : *l'extension par le bas et l'extension par le haut.*

L'extension par le bas est un processus à travers lequel des mutuelles de santé à base communautaire entrent en relation avec l'Etat et les autres acteurs de développement pour étendre leur impact. Les avantages comparatifs des mutuelles de santé communautaires dans l'extension de l'assurance maladie sont liés à leur enracinement aux valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle qui sont ambiantes dans les communautés de base en Afrique au Sud du Sahara leur flexibilité, leur proximité aux membres, et leur gouvernance.

L'extension par le haut est un processus à travers lequel les gouvernements, les institutions de formation et de recherche, et les organismes de coopération internationale adoptent des politiques, des modes de fonctionnement et des procédures qui permettent une interaction significative avec les mutuelles de santé communautaires. Ce processus implique des efforts de l'État et autres institutions dans des domaines où leurs avantages comparatifs sont les plus importants : domaine technique, domaine financier, et domaine législatif et réglementaire

En somme, les deux types de processus d'extension permettent de mettre en évidence différents maillons de la chaîne de la gestion des risques dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité : les mutuelles de santé communautaires identifiées comme des piliers de l'infrastructure de base d'un système d'assurance maladie constituent le premier maillon de la chaîne au niveau local, les réseaux locaux de mutuelles qui remplissent certaines fonctions au bénéfice des mutuelles membres constituent le maillon intermédiaire de santé, et enfin les agences Étatiques qui servent de piliers du dernier maillon au niveau central

VII.2.RECOMMANDATIONS

Au terme de notre analyse, il nous semble nécessaire de formuler des recommandations dont l'objectif est d'améliorer les faiblesses constatées et de contribuer au renforcement des performances des mutuelles pour qu'elles soient plus pérennes et pour faciliter leurs extensions à l'ensemble de la population Sénégalaise.

Ainsi celles-ci sont formulées à l'endroit des acteurs suivants :

VII.2.1. Les autorités publiques

VII.2.1.1. La mutuelle WER AK WERLE

- Revaloriser la subvention financière de la mutuelle qui reste très faible afin de lui permettre de faire face à quelques difficultés de trésorerie
- Mettre à leur disposition un assistant conseil technique chargé de les appuyer techniquement dans les domaines de la formation, de la gestion etc...
- Faciliter l'intégration des représentants des mutuelles au sein des conseils d'administrations des centres de santé afin qu'elles participent aux négociations des conventions et des tarifs pour les mutuelles
- Organiser les "BAJENU GOX" afin qu'elles facilitent la collecte des cotisations
- Harmoniser les outils de gestion pour permettre une meilleure gestion des mutuelles
- Equiper les mutuelles de santé en matériels informatiques
- Appuyer le renforcement des capacités des responsables et gérants de la mutuelle

VII.2.1.2. La mutuelle TRANSVIE

- Etendre le modèle de TRANSVIE à d'autres secteurs d'activité pour permettre un meilleur accès aux soins de ces secteurs
- Promouvoir ce nouveau modèle de systèmes de micro assurance santé

VII.2.2. Les responsables des mutuelles

VII.2.2.1. La mutuelle WER AK WERLE

- Sensibiliser les populations sur la nécessité de s'acquitter des droits d'adhésion
- Développer des stratégies de recouvrement des cotisations
- Développer des stratégies Marketing afin de se faire connaître
- Conventionner de nouveaux prestataires pour permettre aux membres d'avoir plusieurs choix
- Elargir le paquet de soins
- Rendre la mutuelle plus attractive à travers le recrutement d'animateurs et par l'organisation de plusieurs activités ludiques
- Signer des partenariats avec des partenaires extérieures

VII.2.2.2. La mutuelle TRANSVIE

- Assurer une gestion rationnelle des ressources humaines

- Construire un nouveau siège pour la mutuelle pour que tous les services aient suffisamment d'espaces pour travailler
- Renforcer les compétences techniques des employés à travers des séminaires de formation afin d'actualiser leurs connaissances
- Mettre en place un organe de contrôle et de gestion des risques pour prévenir et contrôler les risques éventuels
- Multiplier les campagnes de sensibilisation et de promotion pour se faire connaître de tous

VII.2.3. Les prestataires de soins

- Améliorer l'accueil des mutualistes dans les structures sanitaires pour éviter les cas de frustration
- Respecter les différentes conventions signées avec les mutuelles
- Mettre à la disposition des assurés une boîte à suggestion pour avoir leur perception de la qualité des soins, de l'accueil.
- Mettre en place un dispositif de médecin conseil qui permettra de mieux maîtriser les dépenses de santé et de nouer des partenariats gagnants avec l'offre de soins et aussi de mieux gérer le risque maladie

VII.2.4. Les partenaires au développement et structures d'appui

- Appuyer les mutuelles de santé à travers de études de faisabilité de qualité et menées par des structures spécialisées pour assurer la pérennité des mutuelles
- Créer plus d'activités génératrices de revenus pour les adhérents des mutuelles communautaires pour encourager les populations à adhérer
- Soutenir encore plus les coordinations et les réseaux des mutuelles de santé
- Aider les mutuelles à renforcer leur paquet de soins pour une meilleure prise en charge des assurés
- Organiser des rencontres périodiques au niveau des réseaux et des unions de mutuelles pour accompagner les mutuelles dans le cadre de la CMU
- Mieux coordonner les appuis des partenaires techniques à l'endroit des mutuelles de santé

CONCLUSION

Notre étude avait pour finalité de contribuer à la promotion des mutuelles de santé au Sénégal. Elle a analysé la dynamique de développement de la mutuelle communautaire WER AK WERLE et de la mutuelle professionnelle TRANSVIE en vue d'en tirer des enseignements pour les stratégies d'extension de la couverture maladie. Pour y parvenir nous avons utilisé différentes techniques de collectes de données et différents outils d'analyses afin de dresser au final un tableau synoptique et comparatif de ces deux mutuelles sociales.

La mutuelle WER AK WERLE s'adresse à une population à majorité analphabète et appartenant au secteur informel. Elle dispose de ressources financières insuffisantes et irrégulières ce qui est, comme nous l'avons vu, une contrainte à l'adhésion et au versement régulier des cotisations. Suite à cette analyse nous retenons que la mobilisation des ressources reste faible, l'équité d'accès est assurée contrairement à l'équité contributive, la viabilité financière est tout juste satisfaisante, l'accès aux soins de qualité n'est pas très bien assuré et enfin les instances de décisions sont constituées à majorité de bénévoles.

La mutuelle TRANSVIE offre aux travailleurs du secteur du transport du Sénégal, appartenant à une même branche professionnelle, un système d'assurance et de prévoyance volontaire. Cette mutuelle couplée à une institution de micro finance MECTRANS dispose de nombreux atouts. Notre analyse nous apprend que la mutuelle mobilise très bien ses ressources, l'équité d'accès est assurée contrairement à l'équité contributive, elle dispose d'un personnel qualifié et entièrement salarié, la viabilité financière est très satisfaisante et elle permet aux membres d'avoir accès aux soins de qualité.

Le Sénégal constitue un exemple révélateur de la place acquise par les politiques de mutualisation et de décentralisation de la santé. Malgré l'intérêt en soi de ces dispositifs et les tendances encourageantes soulignées par les acteurs et les experts, il semble que la politique d'extension de l'assurance maladie soit conduite sans réflexion suffisante sur un projet d'ensemble de politique de santé qui inclurait des considérations relatives aux groupes prioritaires, à la solidarité territoriale.

Pour renforcer le mouvement mutualiste au Sénégal, certaines tendances sont à maintenir et à renforcer. Celles-ci incluent par exemple, la collaboration avec les IMF, le micro-crédit, la mise en réseau, et la construction de plans stratégiques. Pour ce faire, l'appui au mouvement mutualiste doit s'inscrire dans la durée, tel que prôné par la « Plate-forme d'Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé ». Il est important cependant que cet appui respecte le rythme de développement du mouvement mutualiste. Il faut également éviter de faire de la mutualité un champ d'expérimentation pour « développeurs » et universitaires, car l'application de leurs idées ne concourt pas toujours à améliorer l'existence des mutuelles.

Pour arriver à une couverture sante universelle, l'Etat, les partenaires financiers et les mutuelles de santé doivent en effet relier leurs mécanismes, les combiner et créer des liaisons

novatrices qui compensent les faiblesses organisationnelles, financières et structurelles de chaque système. Déclarée objectif politique, la couverture universelle est aujourd'hui encore loin d'être une réalité dans un monde où la plupart des systèmes de santé des pays en développement recourent toujours au mode de financement le plus inéquitable, à savoir le paiement direct. De plus pour aller vers l'universalité de cette couverture maladie, il faut régler la question de l'adhésion libre et volontaire et aller vers un système de prélèvement des cotisations plus durable. Dans la mesure où aucun pays au monde n'est jamais parvenu à une véritable couverture universelle en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire comme principal mécanisme de financement. Le rapport sur la santé dans le monde 2010 énonce sans équivoque qu'il est « impossible d'atteindre une couverture universelle sous des régimes d'assurance à inscription volontaire ». Les prépaiements doivent être obligatoires pour tous ceux qui en ont les moyens. À défaut, les riches vont se désengager et les fonds risquent d'être insuffisants pour couvrir les besoins des personnes pauvres et malades.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages et revues

1. BIT/STEP(2002),''*Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*'' . Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP)
2. BIT/STEP(2003),''*Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique Genève*'' , Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté(STEP), p 342
3. BIT/STEP, BIT/SEED. (2001) ''Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide'' . Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Programme focal de promotion de l'emploi par le développement des petites entreprises (SEED)
4. BIT/STEP, CIDR(2001), ''*Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*'' Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), p 276
5. BOIDIN B, (2012), ''*Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*'' , économie publique, no 28-29 - 2012/1-2, pp 47-70
6. CHURCHILL G (2006), ''*Protéger les plus démunis, guide de la micro assurance santé*'' Organisation internationale du travail, Genève, Suisse et Fondation Munich Re, Munich, Allemagne
7. DUSSAULT D, FOURNIER P, LETOURMY A, (2006), ''*L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*'' , La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale,
8. DUSSAULT, G., FOURNIER, P., & LETOURMY, A. (2006). Introduction. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, ''*L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*'' . Washington: Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.
9. LA CONCERTATION, (2007, Octobre) ''*les courriers de la concertation*'' , courrier, N°18

10. LA CONCERTATION, (2009, Avril) ‘les courriers de la concertation’, courrier, N°21
11. LETOURMY A et PAVY-LETOURMY A, ‘La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu’, AFD, Notes et documents n°26, déc. 2005
12. MICRO ASSURANCE, ‘Améliorer la gestion des risques pour les populations pauvres’ ADA, Coopération Luxembourgeoise au Développement, N°9, Mars 2006
13. PGCSS (2006), ‘Guide du promoteur des mutuelles de santé communautaires’, Programme Germano-camerounais de Santé/ Sida, GTZ/MAMS
14. WAELKENS M.-P., CRIEL B., (2004), ‘Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche’, HNP Discussion Paper, Banque Mondiale, Washington DC

Articles

15. ALENDA J., ‘Évolution de l’assurance maladie au Sénégal : de l’exclusion à l’inclusion du secteur informel’, CLERSE, Université Lille1
16. BAUMANN E (2010) ‘Protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal’, Note de la Fondation Jean Jaurès n° 56, 9 juin, 19 p.
17. BENNETT S., KELLEY A.G., et SILVERS B.,(2004) ‘21 Questions sur le FCS : Un aperçu du financement communautaire de la santé’, PHR Plus,p.20
18. CHURCHILL G (2006), ‘protéger les plus démunis : guide de la micro assurance’, Microinsurance Network & OIT & Fondation Munich Re, Genève,
19. GUIRE M et BARRO A, ‘Le financement des mutuelles de la santé en question’, SNV
20. HEALTH SYSTEMS 2020. (2010). ‘Mutualité, Passage à l’échelle et extension de l’assurance maladie’. Washington, USAID.
21. ILO/FALL C., (2003), ‘Etendre l’assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes’, Document n° 9, Genève, Bureau international du Travail
22. LETOURMY, A. (2003) ‘l’État et la couverture maladie dans les pays à faible revenu. XXVIème Journées des Economistes Français de la Santé « Santé et Développement »’, Clermont-Ferrand 9 - 10 janvier 2003, Centre d’études et de recherche sur le développement international
23. NDIAYE P., (2006, Juin) ‘Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts’, Research matter in Governance Equity and Matter, pp.37

24. NGONGANG I, DANDOY S, *“Couplage entre mutuelle de santé et micro finance comme stratégie de renforcement des systèmes de protection sociale : Expériences du Programme d'économie sociale WSM/FBS en Afrique de l'Ouest”*
25. ATIM C. (2000) *“Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre”*. Rapport Technique N° 18, Bethesda, Partnerships for Health Reform Project. Abt Associates

Rapports

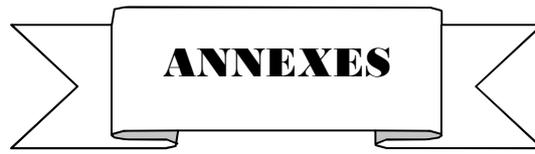
26. BIT, USAID, GTZ, ANMC (1998) *“Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique, Plate-forme d'Abidjan”*. Plateforme d'Abidjan,
27. BIT/STEP (2004, Juillet) *“Mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers au Sénégal Mise en œuvre d'un projet pilote et Plan de développement 2007 – 2010”*, Dakar
28. BOUTBIEN A, (2005, Juillet) *“Etude pour la mise en place d'un Système de Protection Maladie dans le secteur des Transports Routiers, Etude de Préfaisabilité”* CGR. Consultants, BIT, Dakar
29. CARRIN G., (2003), *“Régimes d'assurance-maladie Communautaires Dans Les pays en Développement: devant des faits, Problèmes et perspective”*, Discussion Paper n ° 1-2003, Genève: Département HSF, dépenses et allocation des ressources - Organisation mondiale de la Santé, p.1-43.
30. CRDI, *“équité et mutualité au Sénégal”*
31. GTZ (2003). *“Mutuelles de Santé- 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest: Débats, controverses et solutions proposées”*, GTZ, République démocratique d'Allemagne, 80 p
32. KAMWENUBUSA T., NICOBHARAYE O., NIYONKURU D., MUNYANDEKWE O.,(2011, Mars) *“Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi”*, Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM) et LCM-ANMC, Bruxelles
33. MASMUT et BE CAUSE HEALTH (2011, Septembre), *“les mutuelles de santé : acteur et partenaire de la couverture santé universelle”*, Document politique de Masmut & du groupe de travail« protection sociale» de Be-cause Health, 2011
34. MASSIOT N, (1998, Avril) *“Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal”*, Dakar, USAID/PHR, BIT/ACOPAM, ANMC, WSM
35. NYSENS M, NGONGANG I, WELE I P, (2005, Septembre), *“recherche d'un cadre d'analyse pour l'articulation entre la micro finance et la micro assurance santé au*

Bénin”, groupe de recherche en appui à la politique sur les organisations de la société civile (GRAP-OSC), Cotonou, 46p

36. OMS (2010), ‘‘*Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*’’, Organisation mondiale de la Santé, Genève
37. PNDS (2009 – 2018) ‘‘*Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018*’’. Ministère de la Santé et de la Prévention, République du Sénégal.
38. SENEGAL (Rép. du), MINISTERE DE LA SANTE (2004, juillet) ‘‘*Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal*’’. CAS/PNDS/Partenariat, Dakar
39. SENEGAL (Rép. du), MINISTERE DE LA SANTE ‘‘*Stratégie Nationale d’Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais*’’, CAFSP, USAID, Dakar
40. SENEGAL (Rép. du), MINISTERE DE LA SANTE, (2004). ‘‘ *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé*’’. Dakar,
41. SENEGAL (Rép. du), MINISTERE DE LA SANTE, ‘‘ *rapport du conseil interministériel sur la couverture maladie universelle*’’, Dakar

Mémoires

42. COUMBA Fatimata Sall,(2008),’’*Evaluation de la viabilité des mutuelles issues du couplage avec les institutions de micro finance : étude e cas de la mutuelle de PAMECAS*’’, Mémoire de DESS en économie de la santé , CESAG
43. IDRISSE Mounkaila, (2005), ‘‘*Contribution à l’analyse des stratégies de développement des mutuelles de santé communautaires : Exemple des mutuelles de santé de la région de THIES*’’, Mémoire de DESS en économie de la santé, CESAG
44. KONAN Kouamé Marcellin, (2009),’’*Analyse de la performance des mutuelles de santé communautaires de GUEDEAWAYE membre d l’union des mutuelles d santé de DAKAR*’’, Mémoire de DESS économiste de la santé, CESAG
45. YAPI Ghislain Sylvestre,(2005) ‘‘*Etude d’évaluation de la situation actuelle des institutions de prévoyance Maladie (IPM) et des mutuelles de santé dans une perspective d’extension de la couverture maladie*’’, Mémoire de DESS en économie de la santé, CESAG



ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES GESTIONNAIRES DES
MUTUELLES DE SANTE**

I. INFORMATIONS GENERALES

Date :

Région :

Département :

Nom de la structure :

Nom de l'enquête :

Email :

Adresse /Tel :

I. IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE

1. *Votre système de micro assurance est-elle une mutuelle de santé ?*

Oui

Non

2. *Si oui de quel type :*

Au premier franc

Complémentaire

Mixte

3. *Votre système de micro assurance fait elle partie d'une organisation plus large ?*

Oui

Non

4. *Si oui quelle est la nature de l'organisation responsable de votre micro assurance ?*

Association

Mutuelle de santé

Coopérative

Autre organisation communautaire

ONG

Structure sanitaire

Syndicat

Autre à préciser

5. *Votre organisation responsable a-t-elle d'autres activités que l'assurance maladie ?*

Oui

Non

6. *Si oui les quelles ?*

.....

7. *Quelle est le statut juridique de votre micro assurance ?*

Mutuelle selon la loi

Association selon la loi

Sans statut

Autre

Préciser.....

8. *Votre structure appartient-elle à :*

a. Une union ou fédération de mutuelle

Précisez laquelle.....

b. Un réseau d'organismes d'économie sociale

Précisez laquelle.....

c. Aucun réseau

Précisez laquelle.....

II. CONTEXTE LOCAL

9. *Quelle est la zone d'intervention de votre structure ?*

a. Rurale

Si oui : village

Groupe de villages

Entités administrative : précisez.....

b. Urbaine

Si oui : quartier

Groupes de quartier

Villes

Entités administratives : précisez

c. Nationale

10. *Quelle est la population cible ?*

Population de la zone d'intervention

Groupe social

Groupe professionnel du secteur public

Groupe professionnel du secteur privé

Groupe professionnel du secteur informel

Hommes

Femmes

Mixtes

11. *Quelle est l'activité économique principale de la population cible ?*

a. Prépondérante des emplois salariés (publics ou privé)

b. Prépondérante des emplois non-salariés

Agriculture mono produit

Agriculture diversifiée

Elevage

Pêche

Commerce/artisanat

Autre

12. *L'effectif de la population cible ?*

a. Effectif précis

b. Effectif estimé

Moins de 1000

1000 à 3000

3000 à 5000

5000 à 10000

Plus de 10 000

c. Effectif inconnu

III. HISTORIQUE DE LA STRUCTURE

13. *Quels ont été les acteurs impliqués dans la création de votre structure ?*

Etat central

Administration régionale

Administration locale

Personnalité politique ou civile

Communauté

Entreprise

Groupes de fonctionnaires

Structure sanitaire

Syndicat

Médecin ou professionnel de la santé

Communauté de ressortissants à l'étranger

Partenaires au développement

ONG ou association caritative spécialisée dans le développement

Organisme étranger (mutuelle/caisse de sécurité sociale)

Autre

14. *Comment la création de la mutuelle a-t-elle eu lieu ?*

- Etude de faisabilité
 Calculs des couts y afférent
 Montant supportable par la population
 Autre

15. *Quelle fut la date de la première A G ?*

.....

16. *Quel était le nombre des participants ?*

.....

17. *A quelle date les premières cotisations ont été versées ?*

.....

18. *A quelles dates les premières prestations ont-elles été délivrées ?*

.....

19. *Votre structure a-t-elle bénéficié d'un appui financier lors de sa création ?*

Oui Non

20. *A-t-elle bénéficié d'un appui technique ?*

Oui Non

21. *Votre structure entretient-elle des relations avec des structures extérieures ?*

Oui Non

IV. CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE

22. *Comment se fait l'adhésion ?*

a. Adhésion volontaire

Individuelle

Familiale

De groupe

b. Adhésion automatique

Individuelle

Familiale

De groupe

c. Adhésion obligatoire

Individuelle

Familiale

De groupe

23. Avez-vous des critères d'adhésion ?

Oui

Non

Précisez.....

A. Gestion des effectifs

24. Quel est le nombre d'adhérents ?

.....

25. Quel est le nombre de bénéficiaires ?

.....

26. Quel est le nombre d'ayant droit par participants ?

.....

27. Quel est le nombre de personnes prises en charges par familles ?

.....

28. Quel est le niveau d'instruction des adhérents ?

29. Quel est le mode d'identification des bénéficiaires ?

Carnet de santé

Carte de bénéficiaires

Un numéro matricule

Des photos

Aucun

Autre

Aucun

30. votre assurance prend-elle en charge des non cotisants, non bénéficiaires, non ayant droit ?

Oui

Non

31. Quelle est la période d'observation ?

.....

B. Prestations

32. la mutuelle dispose-t-elle d'un paquet de prestations ?

Oui

Non

33. quelle est l'étendue des prestations offertes ?

.....

34. Quelles sont les prestations les plus demandées ?

.....

35. La mutuelle laisse-t-elle un Co-paiement à la charge des assurés ?

Oui

Non

36. Si oui lequel ?.....

37. Quel est le mécanisme de prise en charge ?

- Tiers payant
- Tiers payant partiel
- Tiers gagnant

38. Quels sont les modalités de prise en charge ?

a. ticket modérateur

Le montant.....

b. Le ticket modérateur

Le plafond.....

c. Une franchise

Le montant.....

39. Les prestations proposées ont-elles évoluées ?

Oui Non

40. Si oui

Augmenté diminué

C. Cotisations et financement de la structure

41. Quelle est la durée de la période d'observation imposée aux adhérents ?

.....

42. Quel est le montant de la cotisation annuelle de la mutuelle ?

.....

43. Quel est le montant total des cotisations annuelles prévues ?

.....

44. La structure bénéficie-t-elle de subventions ? de soins gratuits ?

Oui Non

45. Quelle est la périodicité des cotisations ?

Journalière

Hebdomadaire

Mensuelle

Trimestrielle

Annuelle

Autre, Précisez

46. Quelle modalité de recouvrement pratiquez-vous ?

Paiement direct par le cotisant

Prélèvement à la source

- Paiement par un tiers
- Autre Préciser.....

47. *Sur quelle base est calculé le montant des cotisations ?*

- Montant forfaitaire par adhérents
- Montant forfaitaire par familles
- Montant forfaitaire selon la taille de la famille
- Montant proportionnel au montant de la famille
- Montant forfaitaire par groupes de bénéficiaires
- Autre Précisez

48. *Comment les adhérents attestent-ils leurs droits ?*

- a. Carnet individuel
 - Avec photos
 - Sans photos
- b. Carnet familiale
 - Avec photos
 - Sans photos
- c. Autres Préciser.....

49. *Quel est le délai dont dispose le cotisant pour reverser à la structure sa quote part ?.....*

50. *Ce délai est-il respecté ?*

- Oui
- Non

51. *Quel est le montant des créances irrécouvrables ?*

.....

52. *Les cotisations arrivent-elles à couvrir les charges ?*

- Oui
- Non

53. *Existe-t-il un fond de réserve ?*

- Oui
- Non

54. *Quel est le montant de ce fond ?.....*

D. Relations avec l'offre de soin

55. *A quels types de prestataires vos adhérents ont-ils accès dans le cadre de vos garanties ?*

- Prestataires publics
- Prestataires privés à but lucratif
- Prestataire privé à but non lucratif

56. *Quelles sont les structures de soins agréées par la mutuelle ?*

.....

57. *Comment sont choisies ces structures ?*.....

58. *Avez-vous des contrats avec les prestataires de soins ?*

- Oral
- Ecrit
- Aucun

59. *Qui négocie les contrats avec les prestataires ?*

.....

60. *Quel est le mécanisme de paiement des prestataires ?*

- Paiement à l'acte
- Capitation
- Budget global
- Paiement par épisode de maladies
- Par le salaire
- Par indemnité journalière
- Autre à préciser.....

E. Organisation et gestion de la structure

61. *ces documents sont-ils utilisés dans votre structure ?*

- Registre des adhérents
- Carte d'adhérents
- Registre de paiement des cotisations
- Registre de suivi des cotisations
- Documents d'enregistrement comptables

62. *quand ont-ils été introduits ?*.....

63. *votre système d'assurance dispose-t-il de ?*

- Un système comptable
- Un budget prévisionnel
- Un plan de trésorerie
- Un compte de résultat
- Un bilan
- D'autres outils de gestion Préciser.....

64. *Quand ont-ils été introduit ?*.....

65. *la structure dispose-t-elle d'un fond de garantie ?*

- Oui
- Non

66. *disposez-vous d'un local hébergeant votre structure ?*

Oui

Non

67. *si oui êtes-vous ?*

Propriétaire

Locataire

Utilisateur

68. *quels types de personnels emploie la structure ?*

Qualifié

Bénévole

69. *Le gérant de la structure est :*

• Elu

• Nommé

70. *Si élu par qui ?*.....

71. *Si nommé par qui ?*.....

72. *La structure emploie combien de personnes ?*.....

73. *Les gérants sont-ils ?*

Salariés

Volontaires

74. *Quels sont les organes de la structure ?*

Conseil d'administration

Bureau exécutif

Comité de contrôle

75. *Qui assure la gestion courante ?*.....

76. *quel est le rôle des adhérents ?*.....

F. Gestion des risques d'accroissement des dépenses

77. *avez-vous identifié des cas de fraudes ?*

Oui

Non

78. *Si oui quels sont les auteurs ?*

Les ayants droits

Les adhérents

Les participants

Les prestataires

Les membres des instances dirigeantes

Autre à préciser.....

79. *Quel est le nombre de cas de fraudes identifié ?*.....

80. *A combien est estimé les pertes dues à la fraude ?*.....

81. *Quelles sont les sanctions prises à l'endroit des fraudeurs ?*.....

82. *Comment se fait le contrôle des prestataires ?*

Par le médecin conseil

Par les instances dirigeantes de la structure

Aucun

Autre à préciser

83. *Quelles sont les dispositions d la structure pour lutter contre la fraude ?*

.....

84. *En cas de contentieux, quels sont les mécanismes de règlements auxquels la structure à recours ?*

V. PROBLEMES ET CONTRAINTES

85. *Quels sont les problèmes identifiés par votre structure ?*

.....

86. *Que comptez-vous faire pour surmonter ces difficultés ?*

.....

ANNEXE 2 : STATUTS DE MUTUELLE DE SANTE « WAWGR ».

CHAPITRE I : CONSTITUTION - DENOMINATION SOCIALE- COMPOSITION - ZONE D'INTERVENTION - SIEGE SOCIAL - OBJET ET DUREE

Article 1 : Constitution

- Il est constitué à Dakar, conformément au Règlement communautaire de l'UEMOA N° 7-2009/CM/UEMOA, à la loi sénégalaise N° 2003-14 du 4 juin 2003 portant sur les mutuelles de santé et son décret d'application n° 2009-423 du 27 avril, une association de droit privé à but non lucratif et dotée de la personnalité juridique ; elle est laïque, apolitique, sans distinction de sexe, de race et de religion.

Article 2 : Dénomination sociale

- L'association prend le nom de Mutuelle de Santé de **Wér Ak Wérlé de Guinaw Rails** dont le sigle est « **WAWGR** ».

Article 2 : Composition

- La Mutuelle de Santé est ouverte à toute personne sans exclusion aucune liée au sexe, à l'ethnie, à la classe sociale, aux convictions politiques ou religieuses

Article 3 : Zone d'intervention

- La zone d'intervention de la Mutuelle de Santé correspond aux limites **des communes d'arrondissement de Guinaw Rails Nord et Sud**

Article 4 : Siège social

- Le siège social de la Mutuelle de Santé est sis **à la Radio Rails bi Fm de Guinaw Rails**
- Il peut être transféré en tout autre lieu dans la zone d'intervention par décision du Conseil d'Administration.

Article 5 : Objet

- La Mutuelle de Santé a pour objet de :
 - ☛ Assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé
 - ☛ Assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires
 - ☛ Faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité
 - ☛ Stimuler l'amélioration de la qualité des soins
 - ☛ Participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé

☛ Promouvoir et Développer leurs propres services de santé

Article 6 : Durée

- La durée de la Mutuelle de Santé est illimitée.

CHAPITRE II : CONDITIONS D'ADHESION, DE RADIATION, DE DEMISSION, D'EXCLUSION ET DE READMISSION

Article 7 : Condition d'adhésion

- Les conditions d'adhésion sont fixées par l'Assemblée Générale
- La qualité de membre s'acquiert par l'achat d'un carnet d'adhésion ou le paiement du droit d'entrée fixée à **mille cinq cents francs (1 500 Frs CFA)**

Alinéa 1

Tout nouveau membre est tenu d'observer une période d'observation de trois (3) mois durant laquelle il se libère de ses cotisations mensuelles sans pour autant prétendre aux services offerts

*la cotisation **individuelle et mensuelle est fixée à deux cents francs (200 F CFA)**

Alinéa 2

L'adhérent peut prendre en charge les membres de sa famille (Conjoints, Enfants, Parents) ou toute autre personne à charge

Alinéa 3

Tout adhérent devra respecter les principes mutualistes suivants :

- ▶ La solidarité ;
- ▶ La liberté ;
- ▶ La démocratie ;
- ▶ L'indépendance ;

Article 8 : Perte de la qualité de membre

- La qualité de membre se perd par :
 - Démission
 - Exclusion
 - Radiation
 - Suspension

- Décès auquel cas un bénéficiaire peut demander le transfert en son nom de la carte d'adhésion ou livret familial sans aucun autre frais
- Dissolution de la dite mutuelle de santé

Article 9: Suspension et exclusion

- Les membres fautifs peuvent être suspendues ou exclues de la Mutuelle de Santé.
- La suspension ou l'exclusion est prononcée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé, elle est entérinée à la prochaine Assemblée générale de la Mutuelle de Santé
- Les motifs de suspension et d'exclusion sont les suivants :
 - Le non respect des engagements envers la Mutuelle de Santé ;
 - Le non participation dûment constatée et qualifiée, aux activités de la Mutuelle de Santé ;
 - Avoir commis volontairement des exactions qui portent un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle de Santé.
- Un membre ne peut être suspendu sans qu'il ne lui soit adressé un avertissement, par lettre recommandée, au moins deux fois dans l'intervalle de six (6) mois.
- La suspension d'un membre ne peut lui faire perdre ses droits que pour une durée maximale de six (6) mois.

Article 10 : Apurement du solde

- La perte de la qualité de membre n'exempte pas le membre de l'apurement du solde des dettes contractées par la Mutuelle de Santé, avant le constat de la perte de qualité de membre.

Article 11 : Modalités de suspension et d'exclusion

- Le procès verbal de la séance du Conseil d'Administration au cours de laquelle un membre est suspendu ou exclu doit mentionner les faits qui ont motivé cette décision.
- La Mutuelle de Santé transmet par écrit à la personne concernée dans les quinze (15) jours qui suivent la décision, un avis motivé de sa suspension ou de son exclusion.
- La personne suspendue ou exclue perd le droit d'être convoquée aux instances de la Mutuelle de Santé, d'y assister et d'y voter ainsi que celui d'y exercer une fonction.

Article 12 : Prise d'effet d'une suspension ou exclusion

- La prise d'effet d'une suspension ou l'exclusion d'un membre est laissée à l'appréciation du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé.

Article 13 : Responsabilités des membres

- Les membres exclues ou démissionnaires demeurent responsables, pendant un (1) an des engagements existants au jour où leur démission ou exclusion devenaient effective.

Article 14 : Devoirs des membres

- Les membres ont le devoir de :
 - Respecter les textes réglementaires de la Mutuelle de Santé ;
 - Participer aux activités de la Mutuelle de Santé ;
 - Se conformer aux décisions des instances de la Mutuelle de Santé ;
 - Libérer périodiquement leurs cotisations ;
 - Rembourser leurs tickets modérateurs ;

Article 15: Droits des membres

- Chaque membre à jour de ses obligations vis-à-vis de la mutuelle de santé a le droit de :
 - Participer aux réunions des instances de la Mutuelle de Santé avec droit de vote ;
 - Se porter candidat aux divers postes des organes de la Mutuelle de Santé;
 - Participer à la réalisation des opérations prévues à l'article 5 ;
 - Bénéficier des services offerts suivant les conditions définies dans le Règlement Intérieur.

Chapitre VIII: CHAPITRE III : ADMINISTRATION, FONCTIONNEMENT ET CONTROLE DE LA MUTUELLE DE SANTE

Article 16 : Administration et Contrôle de la Mutuelle de Santé

La Mutuelle de Santé est administrée par les instances suivantes :

- L'Assemblée Générale (AG) ;
- Le Conseil d'Administration (CA) ;
- Le Bureau Exécutif (BE)
- Le Contrôle et la surveillance sont assurés par la Commission de Contrôle (CC)

Article 17 : Composition et attributions des organes

✓ **L'Assemblée Générale**

- L'Assemblée Générale est l'organe suprême, elle se réunit une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration et en sessions extraordinaires, sur la demande des deux tiers (2/3) des membres du Conseil d'Administration.
- La durée de leur mandat est de trois (3) ans renouvelable.

Elle délibère sur :

- les rapports moral et financier
- le rapport de la commission de contrôle

Elle approuve ou rejette :

- les comptes des résultats
- le bilan
- le budget prévisionnel

Elle fixe le taux ou la révision :

- de la cotisation
- du droit d'adhérent
- de la liste des services offerts
- des orientations politiques de la Mutuelle de Santé ;

Elle ratifie :

- le contrat et leurs avenants
- l'exclusion des membres
- la modification des dispositions réglementaires

Elle vote :

- la nomination ou révocation des administrateurs
- la nomination ou révocation de la commission de contrôle

L'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée dans les conditions suivantes :

- Constitution
- Adhésion ou Retrait à une union

- Fusion ou Scission
- Litige, Malversation, Gestion ou Détournement

Alinéa 1

Toutes les questions diverses dont l'urgence ou la gravité ne permettent guère l'ajournement jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire sont susceptibles de convocation

Alinéa 2

Elle est convoquée par le Président du Conseil d'Administration et / ou sur la demande motivée des deux - tiers (2/3) de ses membres à jour de leurs obligations vis-à-vis de la mutuelle de santé

Alinéa 3

Pour un bon fonctionnement et une meilleure administration de la Mutuelle de Santé, l'Assemblée Générale peut créer des commissions techniques au sein du conseil d'administration

- Les décisions, recommandations et délibérations de la Mutuelle de Santé sont prises par vote (à main levée ou à bulletin secret) et sont entérinées à la majorité absolue des membres présents
- L'Assemblée Générale peut déléguer une partie de ses attributions au Conseil d'Administration
- L'Assemblée Générale, délègue ses attributions entre deux sessions, au Conseil d'Administration qui délibère et lui rend compte.

A ce titre, le Conseil d'Administration :

- adopte le budget,
- adopte les états financiers,
- propose les modifications réglementaires qui seront validées (ou non) par l'Assemblée générale.

✓ **Le Conseil d'Administration**

- Le Conseil d'Administration est l'organe de décision ; élu en assemblée générale pour une durée de trois (3) ans par tiers (1/3) sortant, les membres sortants sont rééligibles et doivent être de nationalité sénégalaise et âgés d'au moins de vingt un (21) ans
- Le Conseil d'Administration se réunit au **moins quatre fois par an en sessions ordinaires** à chaque fois que de besoin, en sessions extraordinaires sur convocation du Président ou des deux- tiers (2/3) de ses membres

- La durée du mandat des membres du Conseil d'Administration est déterminée selon les modalités et mandats prévus par la mutuelle de santé et selon les dispositions du Règlement Intérieur.
- Le Conseil d'Administration est composé de **trente neuf (39) membres**
- Le Conseil d'Administration peut déléguer une partie de ses attributions au Bureau Exécutif.
- Le Conseil d'Administration délibère valablement si le quorum est atteint, entérine les décisions et délibérations par consensus ou par vote (en main levée ou à bulletin secret).

✓ **Le Bureau Exécutif**

- Le Bureau Exécutif de la Mutuelle de Santé l'organe de gestion est élu parmi les membres du Conseil d'Administration par vote à bulletin secret sur proposition de candidatures.
- Les membres du Bureau Exécutif sont investis de rôles techniques, ils exécutent des activités qui leurs sont confiées, rendent compte et font des propositions au Conseil d'Administration
- Le Bureau Exécutif de la Mutuelle de Santé se réunit au **moins une fois par mois** sur convocation du président ou des deux tiers (2/3) de ses membres
- Les décisions du Bureau Exécutif sont prises par consensus ou par vote (en main levée ou à bulletin secret).
- Le Bureau de la Mutuelle Santé est composé **des neuf (9) membres** que sont :
 - Le (la) Président(e), qui est la personne morale de la Mutuelle de Santé, ses prérogatives sont de :
 - Convoquer et de présider les réunions du Conseil d'Administration et du Bureau Exécutif et les assises annuelles de l'Assemblée Générale,
 - Présenter le rapport moral et d'orientation de la Mutuelle de Santé,
 - Ordonner les dépenses,
 - Représenter la Mutuelle de Santé partout où besoin sera et devant la justice,
 - Cosigner les chèques avec le (la) Trésorier Général (e).
 - **Le (la) premier (ère) Vice - Président (e)** assiste et supplée le (la) Président(e) en cas d'absence ou d'empêchement ; il (elle) est chargé (e) de :
 - La relation avec les tiers et la recherche de partenaires

- La coordination et la supervision des activités des commissions
- La communication
- **Le (la) deuxième Vice - Président (e)** supplée le (la) premier(ère) Vice - Président(e) en cas d'absence ou d'empêchement; il (elle) est chargé (e) de :
 - Coordonner les actions de recouvrement des cotisations et des remboursements de tickets modérateurs
- **Le (la) troisième Vice – Président (e)** supplée le (la) deuxième Vice - Président (e) en cas d'absence ou d'empêchement; il (elle) est chargé(e) de :
 - Coordonner les actions d'éducation et de renforcements de capacité des membres de la mutuelle de santé
- **Le (la) quatrième Vice – Président (e)** supplée le (la) troisième Vice - Président (e) en cas d'absence ou d'empêchement; il (elle) est chargé (e) de :
 - L'organisation pratique des diverses activités de fonctionnement et de promotion
- **Le (la) Secrétaire général(e)** est chargé(e) d'assurer :
 - La tenue des Procès verbaux des réunions des instances,
 - La gestion administrative de la mutuelle de santé,
 - La garde des archives de la mutuelle de santé,
 - La présentation des rapports d'activités devant les instances (Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Bureau Exécutif)
- **Le (la) Secrétaire général adjoint(e)** assiste et supplée le (la) Secrétaire général (e) en cas d'absence ou d'empêchement.
- **Le (la) Trésorier général(e)**, est chargé(e) de :
 - La gestion budgétaire, financière et comptable de la mutuelle de santé,
 - La cosignature des chèques,
 - La garde des documents comptables,
 - L'exécution des opérations de dépenses ordonnées par le Président,
 - La présentation du projet de budget prévisionnel,
 - La préparation du rapport financier et les états financiers de la mutuelle de santé devant le Conseil d'Administration,

- L'élaboration et de présentation des états et rapports financiers au Conseil d'Administration et devant l'Assemblée Générale.
- Le (la) Trésorier général adjoint(e) : assiste et supplée le (la) Trésorier général(e) en cas d'absence ; il (elle) joue le rôle de gestionnaire des biens et matériels de la mutuelle de santé

✓ **La Commission de Contrôle**

- La Commission de Contrôle est l'organe de contrôle, les membres doivent jouir de leurs droits civiques
- Elle est composée **de trois (3) membres** ; elle est chargée d'assurer le contrôle administratif, financier et comptable de la mutuelle de santé.
- Ces membres de la Commission de contrôle sont élus par l'Assemblée Générale Ordinaire à qui elle présente un rapport de contrôle administratif, financier et comptable. Après audition du rapport financier, la Commission de Contrôle peut donner quitus ou non au Conseil d'Administration sur sa gestion.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS TRANSVERSALES

Article 18 : Convocation

- L'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration ou le Bureau Exécutif sont convoqués par le Président
- Il peut le faire sur convocation écrite ou par tout autre moyen d'information jugé approprié au moins une semaine avant la date fixée. L'avis de convocation doit indiquer le lieu, la date et l'heure de la réunion ainsi que les questions inscrites à l'ordre du jour.

Article 19 : Quorum

- Aucun organe ne peut délibérer valablement que lorsque **la moitié plus un** des membres sont présentes ou représentées.
- Lorsque le quorum n'est pas atteint la réunion de l'organe est ajournée. Alors une deuxième réunion est convoquée dans les quinze (15) jours qui suivent. A cette réunion, les membres présents constituent le quorum quel que soit leur nombre toutefois, seules les questions inscrites à l'ordre du jour de la première réunion peuvent y être débattues.

Article 20 : Vote

- Chaque membre de la mutuelle de santé a droit seulement à une seule voix

Article 21 : Prises de décisions

- Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante à l'exception des dispositions relatives aux modifications des avenants de statuts, à l'élection des membres du Bureau Exécutif et de la Commission de Contrôle, à l'approbation des comptes, et à l'affectation des résultats où les deux tiers (2/3) des voix exprimées sont requises.

Article 22 : Mandat des organes

- Le mandat des membres des organes est **de trois (3) ans**. Les conditions et les mécanismes de l'élection et du renouvellement sont définis dans le Règlement Intérieur.

Article 23 : Conditions d'éligibilité

- Pour être éligible dans les organes, le membre doit :
 - Etre un membre à jour de ses obligations vis-à-vis de la mutuelle de santé;
 - Avoir au moins vingt un (21) ans
 - Etre issu de la zone d'intervention de la mutuelle de santé ;
 - Présenter le profil requis pour les postes à pouvoir ;
 - Ne pas exercer au sein de la mutuelle de santé une activité rémunérée ;

Article 24 : Responsabilités

- Les membres des organes sont responsables individuellement ou solidairement des fautes commises dans l'exercice de leurs fonctions.
- Après expiration du mandat, un membre élu demeure en fonction jusqu'à ce qu'il soit réélu ou remplacé.

Article 25 : Démission, suspension, destitution

- Tout membre d'un organe peut démissionner de ses fonctions à condition de la notifier **trois (3) mois à l'avance** au Président de la Mutuelle de Santé, avec ampliation à l'organe dont il est membre. En attendant d'être entérinée par l'Assemblée Générale prochaine, la démission peut être acceptée ou refusée par le Conseil d'Administration.
- Alors l'acceptation ou le refus lui est notifié par écrit dans les quinze (15) jours qui suivent la démission. Une fois acceptée, la démission prend effet à compter de sa date de notification.
- Dans les conditions et mécanismes définies en Règlement Intérieur, un membre du Conseil d'Administration, de la Commission de Contrôle ou du Bureau Exécutif peut être suspendu ou destitué.

- La suspension ou la destitution lui est notifié par écrit dans les quinze (15) jours qui suivent, elle prend effet à compter de la date de notification.

Article 26 : Vacance au sein d'un organe

- En cas de vacance d'un poste au sein d'un organe sauf pour une vacance survenant à la suite d'une destitution, le Conseil d'Administration peut nommer un remplaçant pour le reste du mandat. Cette nomination doit être entérinée à la prochaine réunion du Conseil d'Administration.

Article 27 : Gratuité des fonctions

- Les fonctions exercées par les membres des organes ne sont pas rémunérées.
- Toutefois les charges liées aux déplacements des responsables lors des réunions et dans l'exercice de leurs fonctions sont remboursés par la Mutuelle de Santé.

CHAPITRE V : RESSOURCES ET ORGANISATION FINANCIERE

Article 28 : Les recettes

- Les recettes de la Mutuelle de Santé se composent :
 - des droits d'adhésions des membres ;
 - des cotisations périodiques des membres ;
 - des subventions accordées à la Mutuelle de Santé ;
 - du produit des activités lucratives ;
 - des amendes ;
 - des dons et legs ;
 - des autres ressources autorisées par la loi.

Article 29 : Les dépenses

- Elles comprennent les frais liés au fonctionnement, à la recherche, à l'investissement et aux cotisations aux structures fédératives.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 30 : Droits et obligations

- Les droits et obligations des membres de la Mutuelle de Santé résultent des présents statuts et de leurs dispositions d'application.

Article 31 : Règlement des différends

- Tout différend entre un membre et la Mutuelle de Santé est examiné par le Conseil d'Administration. La partie non satisfaite de la décision peut soumettre le différend à l'arbitrage de la Commission de Contrôle ou à l'Assemblée Générale de la Mutuelle de Santé qui recherche une solution à l'amiable avant tout engagement de procédure contentieuse.

Article 32 : La dissolution

- La dissolution de la Mutuelle de Santé est décidée dans les cas suivants :
 - la Mutuelle de Santé n'a exercé aucune activité régulière **pendant la durée d'un exercice** ;
 - la Mutuelle de Santé est en faillite

Alinéa 1 :

La dissolution de la Mutuelle de Santé ne peut être prononcée qu'en Assemblée Générale convoquée à cet effet à la majorité des deux tiers (2/3) des membres de l'Assemblée Générale

Alinéa 2 :

La dissolution de la Mutuelle de Santé n'est effective qu'après avis favorable des autorités compétentes

Article 33 : Liquidation

- La décision de dissolution entraîne la liquidation de la Mutuelle de Santé et elle doit être assortie de la nomination d'un ou de plusieurs liquidateurs par la Mutuelle de Santé.

Alinéa 1 :

La Mutuelle de Santé attribue l'actif net à un ou plusieurs organismes analogues publics ou reconnus d'utilité publique

Alinéa 2 :

Dans le cas d'un passif l'Assemblée Générale définira les modalités et les procédures de règlement

Article 34 : Affectation des ressources

- A la clôture de la liquidation, l'Assemblée Générale affecte les ressources aux autres organisations qui poursuivent les mêmes objectifs.

Article 35 : Dépôts et modification des statuts

- Toute modification des présents statuts doit être adoptée à la majorité des deux-tiers (2/3) des membres présents à l'Assemblée Générale.

- Les délibérations de l'Assemblée générale prévues portant modification de statuts et dissolution, sont immédiatement adressées au Ministre de tutelle en trois (3) exemplaires.
 - Elles ne sont valables qu'après avoir été approuvées par cette autorité.

Article 36 : Fonctionnement des organes

- Le fonctionnement des organes et les règles de procédures de la Mutuelle de Santé sont déterminés par le Règlement Intérieur élaboré à cet effet

Article 37 : Adoption des statuts

- Les présents statuts sont adoptés par l'Assemblée Générale de la Mutuelle de Santé tenue à **Guinaw Rails le 18/01/ 2012**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 3 : STATUTS DE LA MUTUELLE SOCIALE DES TRANSPORTEURS ROUTIERS DU SENEGAL (TRANSVIE)

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 Dénomination

Il est créé en République du Sénégal par les acteurs du secteur des transporteurs routiers une Mutuelle Sociale des Transporteurs Routiers du Sénégal dénommée Transvie.

Article 2 Siège de la mutuelle

Le siège de la mutuelle est établi aux HLM Angle Mousse Il peut être transféré sur décision du conseil d'administration.

Article 3 Objet de la mutuelle

La Mutuelle Sociale Transvie est une association de personnes à but non lucratif dont la vocation première est l'entraide et la solidarité. Essentiellement au moyen des cotisations des membres, la mutuelle mène dans l'intérêt des membres et de leur famille, des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue notamment:

- De développer des produits de prévoyance visant à améliorer les conditions de vie de ses membres
- D'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ;
- D'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ;
- De faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ;
- De stimuler l'amélioration de la qualité des soins ;
- De participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ;
- De promouvoir et de développer ses propres services de santé.

La Mutuelle Sociale Transvie est laïque et apolitique, Elle s'interdit donc de façon absolue toute prise de position politique et toute discrimination religieuse ou ethnique.

Toutefois elle peut entretenir des rapports de coopération avec toute institution gouvernementale tout groupement, association ou organisation professionnelle dans le cadre de la réalisation de ses objectifs.

Elle a une durée illimitée.

CHAPITRE II : COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET OBLIGATIONS

SECTION I : Les membres de la Mutuelle

Article 4 : Les types de membres

La Mutuelle est composée de trois types de membres à savoir :

- les membres adhérents;
- les membres participants;
- les membres d'honneur.

Article 5 : Définition des membres

Sont "membres :

- « Adhérents », les employeurs, les associations, les organisations professionnelles, Groupements d'Intérêt Economique (GIE) les regroupements et autres groupements de travailleurs dans le secteur des transports routiers qui font une adhésion collective. Les droits et obligations résultant des opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle. La qualité de membre participant obtenue par le biais d'une personne morale résulte de la signature de la fiche d'adhésion qui emporte acceptation des statuts et règlement intérieur ;

Toutes les organisations qui souhaitent adhérer à la mutuelle doivent justifier de leur existence légale.

- « Participants » tous les travailleurs qui règlent leurs cotisations mensuelles soit directement ou soit par le biais d'un membre adhérent suivant les modalités prévues par le règlement intérieur. Les ayants droits des membres participant sont les conjoints et les descendants (épouses, époux et enfants) ;
- « Membres d'honneur » toutes les personnes, physiques ou morales, sauf opposition de leur part, qui concourent moralement et matériellement à la réalisation des buts de la mutuelle sociale des travailleurs des métiers du transport.

Le statut de membre d'honneur peut être accordé par l'AG, sur proposition du CA, à tout individu ayant rendu des services exceptionnels à la Mutuelle Sociale Transvie, à la mutualité de façon générale ou sur le plan international. Le statut de membre d'honneur ne donne ni droit aux prestations offertes par la mutuelle ni à la participation à la prise de décision. Toutefois les membres d'honneur peuvent participer aux AG avec voix consultative. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence ni de profession.

Article 6 : Bénéficiaires conjoints

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son (sa) conjoint ou à sa (ses) conjointe(s).

Article 7 : Bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à ses enfants et leur faire acquérir la qualité de bénéficiaires jusqu'à ce qu'ils atteignent 21 ans révolus. Les bénéficiaires enfants doivent être des enfants légitimes, ou naturels.

CHAPITRE III : CONDITIONS D'ADMISSION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 : CONDITIONS D'ADMISSION A LA MUTUELLE

Article 8 : Réception des dossiers d'adhésion

Les dossiers d'adhésion sont reçus au niveau des sections locales qui effectuent les vérifications nécessaires, les enregistrent avant de les transmettre à la cellule de gestion qui rend compte au Conseil d'Administration qui en informe l'Assemblée Générale à sa prochaine session.

Article 9 : Admission

Les membres adhérents sont admis après avoir signé un contrat d'adhésion membre adhérent. Cette admission est ratifiée par le Conseil d'Administration dans les semaines qui suivent l'accomplissement de cette formalité et avant la fin de la période d'observation à laquelle est soumis tout nouvel adhérent.

Article 10 : Affiliation

La mutuelle ne peut pour l'affiliation de ses membres ni recourir à des intermédiaires commissionnés, ni attribuer des rémunérations en fonction du nombre de membres ou des cotisations versées.

SECTION 2 : DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION, DECES

Article 11 : Démission

Le membre participant ou adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre à l'attention du président du conseil d'administration, adressée au bureau de la section locale dont il dépend.

La démission prend effet à partir du 1er jour du 4e mois suivant la réception de la demande de démission.

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que pour la démission.

La démission du membre participant entraîne la fin de l'extension de la couverture familiale.

La démission d'un membre adhérent entraîne la perte de la qualité de membre participant pour l'ensemble des personnes appartenant à cette structure.

Article 12 : Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquels les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration au bout de 8 mois.

Article 13 : Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les trente jours de son échéance, le membre participant individuel ou les membres participants d'une personne morale perdent le droit de prise en charge par la mutuelle. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties trente jours après non paiement.

Il peut toutefois être sursis par le président à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêché d'effectuer le paiement de la cotisation

Les membres radiés pour non paiement de leurs cotisations ne peuvent être réadmis que sur décision du Conseil d'Administration.

Lorsqu'un adhérent a été radié à la suite d'une perte d'emploi, il n'est pas astreint lors de sa réadmission au paiement des cotisations arriérées ni au stage.

Article 14 : Exclusion

Peuvent être exclus, dans le respect des règles prévues dans les statuts, le Règlement intérieur et autres documents réglementaires

1. Les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté notamment ceux qui sont convaincus de fraude ou tentative de fraude, en vue de bénéficier des avantages prévus aux statuts.
2. Ceux dont l'attitude ou la conduite sont susceptibles de porter un préjudice moral à la mutuelle ;
3. Ceux qui sont définitivement frappés d'une condamnation grave.

Article 15 : Disparition ou décès d'un membre adhérent

En cas de disparition ou de décès d'un membre adhérent de la Mutuelle Sociale, il peut être accordé le statut de titulaire à une de ses personnes à charge.

Article 16 : Remboursement des cotisations

La démission, ou la radiation et l'exclusion de la mutuelle sociale ne donnent pas droit au remboursement des cotisations dûment acquittées.

CHAPITRE IV OBLIGATIONS DES MEMBRES ET DE LA MUTUELLE

SECTION 1 : OBLIGATIONS DES MEMBRES

Article 17 : Respect des règles

Toute admission en qualité de membre à la Mutuelle, entraîne pour celui-ci sa soumission aux dispositions statutaires, aux règles générales de fonctionnement qui en découlent ainsi qu'aux décisions du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

Article 18 : Engagement

Tout membre adhérent ou membre participant doit s'engager sur l'honneur à défendre les objectifs de la mutuelle et à répondre solidairement des engagements pris vis-à-vis des autres membres et des tiers.

Article 19 : Paiement des droits d'adhésion

Les organisations et les personnes physiques membres de la mutuelle paient en entrant un droit d'adhésion dont le montant est fixé par le règlement intérieur.

Article 20 : Paiement des cotisations

Les adhérents paient pour eux et leurs personnes à charge (épouse époux et enfants), une cotisation mensuelle dont le montant est fixé par le règlement intérieur.

SECTION 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Article 21 : Prise en charge

La mutuelle prend en charge une partie des dépenses de santé de ses bénéficiaires dans les formations sanitaires en relation contractuelle avec elle. Le règlement intérieur précise les modalités et conditions de prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires de la mutuelle ainsi que les prestations couvertes et le règlement des sinistres liés aux autres produits.

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : NIVEAU CENTRAL

SECTION I : L'ASSEMBLEE GENERALE

Paragraphe 1 : La composition et le fonctionnement de l'Assemblée Générale

Article 22 : Décisions de l'AG

L'Assemblée Générale est l'organe suprême de la Mutuelle. Ses décisions s'imposent à tous ses membres.

Article 23 : Composition

Tous les membres participants sont répartis en sections locales. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

L'assemblée générale est composée :

- Des délégués de chaque Section Locale
- Des membres d'honneur de la mutuelle;
- Des partenaires de la mutuelle;

Seuls les délégués des sections ont voix délibératives

Paragraphe 2 : Elections des délégués des sections à l'Assemblée Générale de la mutuelle

Article 24 : Représentation des sections locales à l'assemblée générale

Les sections locales élisent pour une année les délégués qui les représentent à l'assemblée générale de la Mutuelle.

Article 25 : Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale et celles des délégués suppléants sont recueillies au niveau des sections locales. Seuls les membres du comité de section locale en règle par rapport à leurs obligations vis-à-vis de la mutuelle peuvent être candidats. Les candidatures des délégués à l'assemblée générale et celles des délégués suppléants sont recueillies au cours de la réunion du comité local dont l'ordre du jour comporte la préparation de l'Assemblée Générale de la mutuelle. Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section locale.

Article 26 : Elections

L'élection des délégués d'une part, des délégués suppléants d'autre part, a lieu en assemblée générale de section. Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les candidats non élus ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués et des délégués suppléants sont précisées au règlement intérieur des sections locales et par les instructions du conseil d'administration.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages et doivent être départagés, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 27 : Date

La date de l'assemblée générale de la section de vote est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration. En tout état de cause, les assemblées générales de section de vote se tiennent obligatoirement dans les 03 mois précédant la date de convocation de l'assemblée générale de la mutuelle.

Article 28 : Vacance, suppléance et absence en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance.

Article 29 Nombre de délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle sociale par section

Chaque section locale élit des délégués dans les conditions suivantes :

- Sections jusqu'à 1 000 bénéficiaires : 04 délégués ;
- Sections de 1 001 à 3 000 bénéficiaires: 05 délégués ;
- Sections de 3 001 à 5 000 bénéficiaires: 06 délégués ;
- Sections de 5 001 à 7 000 bénéficiaires: 07 délégués ;
- Sections de 7 001 à 10 000 bénéficiaires: 08 délégués ;
- Sections de 10 001 à 15 000 bénéficiaires: 09 délégués ;
- Sections de 15 001 à 25 000 bénéficiaires: 10 délégués ;
- Sections de 25 001 à 30 000 bénéficiaires: 11 délégués ;
- Sections de 30 001 à 50 000 bénéficiaires: 12 délégués ;
- Section de plus de 50 000 bénéficiaires: 13 délégués.

Les effectifs pris en compte sont ceux recensés au 31 décembre de l'année précédant l'élection. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Article 30 : Convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration. Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 31 : Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- La majorité des administrateurs composant le conseil,
- Le conseil de surveillance,

Article 32 : Réunion assemblée générale

L'Assemblée Générale se réunit une fois par an en session ordinaire sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Elle peut se réunir en session extraordinaire à la demande du Président du Conseil d'Administration, de la majorité des membres du conseil d'administration, du conseil de surveillance ou à la demande des 2/3 des délégués des Sections Locales.

Les membres d'honneur et les représentants des partenaires participent à l'AG avec voix consultative.

Article 33 : Tenue des réunions

L'Assemblée Générale se tient dans les six (06) mois qui suivent la fin de chaque exercice. Sa convocation, comportant obligatoirement l'ordre du jour, le lieu et l'heure de la réunion, doit être envoyée quinze (15) jours au moins avant la date des assises.

Article 34 : Délibération

Pour délibérer valablement, l'Assemblée Générale doit être composée au moins des 2/3 des délégués des Sections

Locales.

Les délibérations de l'Assemblée Générale sont prises à la majorité absolue des votants.

Toutefois, la majorité requise est de 2/3 des voix si la délibération porte sur la modification des statuts de la Mutuelle, la fusion de la Mutuelle avec une autre organisation, l'adoption ou la modification des règlements des services de la Mutuelle ou sur l'acquisition, la construction ou l'aménagement d'immeubles pour l'installation de ses services.

Paragraphe 2 : Les attributions de l'Assemblée Générale

Article 35 : Compétences de l'assemblée générale

L'Assemblée Générale délibère sur les rapports moral et financier présentés par le Conseil d'Administration et statue sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil. Elle formule des recommandations en vue d'améliorer la situation financière de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale est la seule compétente pour :

- Adopter les statuts de la Mutuelle ;
- Décider de la modification des statuts ;
- Elire et démettre les membres du Conseil d'Administration et du Conseil de Surveillance ;
- Décider de la restriction ou de l'extension des activités et services de la Mutuelle ;
- Approuver le règlement intérieur et ratifier ses modifications ;

- Approuver les comptes annuels, les projets de budget et notamment les propositions relatives aux frais de fonctionnement de la Mutuelle
- Se prononcer sur la politique de gestion des réserves ;
- Se prononcer sur la fusion, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ;
- Décider de l'acquisition, de la construction ou de l'aménagement des immeubles administratifs ou affectés aux œuvres sociales et de l'aliénation des biens meubles et immeubles.
- Fixer les montants des cotisations et toutes autres contributions

SECTION II : CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE SOCIALE

Paragraphe 1 : Organisation du Conseil d'Administration

Article 36 : Composition du conseil d'administration

La Mutuelle est administrée par un conseil de 13 membres élus à l'Assemblée Générale. Les membres éligibles doivent être à jour de leur cotisation. Les membres sortant sont rééligibles.

Article 37 : Renouvellement du conseil d'administration

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers, tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Tout administrateur qui cesse d'appartenir à la Section locale qu'il représente est considéré comme démissionnaire d'office et devra être remplacé.

Article 38 : Election des membres du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du conseil d'administration à bulletins secrets. Le président et les membres du bureau sont élus pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit leur élection au plus tard.

Article 39 : Composition du bureau

Le CA élit en son sein :

- Un président
- Un vice président
- Un secrétaire général
- Un secrétaire Adjoint

Paragraphe 2 : Le fonctionnement du Conseil d'Administration

Article 40 : Réunion du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration se réunit trimestriellement en session ordinaire sur convocation de son Président.

Il peut également se réunir en session extraordinaire à la demande des 2/3 des membres ou sur l'initiative de son

Président en cas de besoin. Les membres du Conseil ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

Le Directeur de la mutuelle assiste aux réunions du Conseil d'Administration sur convocation du président avec voix consultative.

Le Conseil d'Administration peut inviter à ses réunions toute personne dont l'expertise s'avérerait nécessaire. Article 41 : Délibérations du conseil d'administration

Les délibérations du Conseil ne sont valables que lorsque la majorité des membres du Conseil assiste à la séance. Toutefois, si à la suite d'une deuxième convocation le quorum n'est toujours pas atteint, le Conseil peut délibérer sur le même ordre du jour quel que soit le nombre des membres présents.

Article 42 : Rédaction des Procès Verbaux

Chaque réunion du Conseil donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal détaillé. Le secrétaire général est chargé de la rédaction des procès verbaux. Le secrétaire adjoint le supplée en cas d'empêchement.

Article 43 : Gratuité des fonctions

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, les frais de déplacement et de séjour justifiés et engagés sur demande de la mutuelle peuvent être remboursés selon le barème retenu par le Conseil d'Administration. La fonction d'administrateur est incompatible avec tout emploi au sein de la Mutuelle ou toute activité lucrative en rapport avec le fonctionnement de la Mutuelle.

Article 44 : Dissolution du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration peut être dissout par l'Assemblée Générale pour cause de carence persistante ou d'abus de pouvoir dans l'exercice de ses fonctions. Un nouveau Conseil doit être élu aussitôt ou au plus tard dans le mois qui suit la dissolution.

L'acte de dissolution précise les conditions dans lesquelles l'administration de la Mutuelle est assurée jusqu'à la désignation du nouveau Conseil.

Paragraphe 3 : Les attributions du Conseil d'Administration

Article 45 : Attributions du Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est l'organe de décision entre deux sessions de l'Assemblée Générale. Il est chargé outre les fonctions qui peuvent lui être dévolues par des dispositions législatives ou réglementaires de

- a) Elire les membres du Bureau
- b) Adopter le règlement intérieur de la Mutuelle ;
- c) Prendre toutes les mesures nécessaires destinées à faire appliquer les textes législatifs ou réglementaires régissant la Mutuelle ;
- d) Signer des accords et conventions avec des partenaires et l'offre de soins ;
- e) Représenter la mutuelle dans ses rapports avec les tiers et établir des relations avec d'autres mutuelles, mouvements sociaux ou partenaires ;
- f) Recruter et Superviser le personnel salarié de la mutuelle ;
- g) Coordonner les activités des différents organes ;
- h) Approuver l'exécution du budget et d'ordonner les dépenses à réaliser ;
- i) Veiller à l'établissement des états financiers ;
- j) Délibérer sur le rapport annuel du Directeur de la Cellule de Gestion en ce qui concerne les activités et la gestion des fonds ;
- k) Etablir le rapport annuel et le soumettre à l'Assemblée Générale ;
- l) Elaborer les plans d'amélioration de la gestion de la Mutuelle.

Article 46 : Délégation

Le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs, soit au bureau, soit au président, soit au Directeur Général.

Article 47 : Attributions du Président du Conseil d'administration

Le Président du Conseil d'Administration assure la régularité du fonctionnement de la Mutuelle conformément aux dispositions des statuts et du règlement intérieur.

- Il préside les réunions du Conseil d'Administration et les assemblées générales dont il assure la police des débats ;
- Il signe tous les actes et délibérations ;

- Il représente la Mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est suppléé en cas d'empêchement par le vice président.

Article 48 : Délégation au Directeur général

Le conseil consent au Directeur général des délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Article 49 : Gratuité des fonctions

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais occasionnés par l'exercice de leurs fonctions.

Article 50 : Interdictions aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations de toute forme que ce soit.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de la mutuelle de santé ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de deux ans à compter de la fin de son contrat de travail.

La nullité des nominations intervenues en méconnaissance des deux alinéas précédents n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles l'administrateur irrégulièrement nommé a pris part.

Il est interdit aux administrateurs sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle, ou de se faire consentir par celle-ci un découvert en compte courant ou autrement ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

SECTION III : CONSEIL DE SURVEILLANCE

Paragraphe 1 : Organisation du Conseil de surveillance

Article 51 : Composition du Conseil de Surveillance

Le conseil de surveillance est composé de sept (07) membres élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale parmi les membres délégués des Sections Locales non administrateurs. Son mandat est de trois (03) ans renouvelable une fois.. Les membres éligibles doivent être à jour de leur cotisation. Les membres sortant sont rééligibles.

Article 52 : Conditions de Candidature

Tout candidat au poste de Conseiller de surveillance de la Mutuelle doit remplir les conditions suivantes :

- Etre membre adhérent ;
- Jouir de ses droits civiques ;
- N'avoir subi aucune peine afflictive ou infamante ;
- Etre personnellement présent à l'Assemblée Générale.

Article 53 Renouvellement du Conseil de Surveillance

Tout membre du conseil de surveillance qui cesse d'appartenir à la Section locale qu'il représente est considéré comme démissionnaire d'office et devra être remplacé provisoirement par une personne cooptée dans sa section locale précédente d'appartenance jusqu'à la prochaine assemblée.

Article 54 : Election des membres du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du conseil de surveillance à bulletins secrets. Le président et les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit leur élection au plus tard.

Article 55 : Composition du Bureau

Le Conseil de Surveillance élit en son sein :

- Un président
- Un vice président
- Un secrétaire général
- Un secrétaire Adjoint

Paragraphe 2 : Attributions du Conseil de Surveillance

Article 56 : Attributions du Conseil de Surveillance

La mission du Conseil de surveillance est de contrôler d'une manière générale, la gestion de la Mutuelle. Il appartient plus particulièrement au Conseil de Surveillance de veiller :

- Au respect des statuts et au règlement intérieur en vigueur à la Mutuelle ;
- A l'exécution par le Conseil d'Administration des décisions de l'Assemblée Générale ;

- A l'octroi par la mutuelle, des prestations selon les procédures rigoureuses préalablement établies ;
- A la présentation à chaque Assemblée Générale d'un rapport annuel sur l'exécution de leur mandat et les constatations faites dans ce cadre ;
- Au contrôle de caisse, de la gestion des comptes et de la comptabilité (au moins une fois par mois) ;
- Au suivi des relations avec les prestataires de soins ;
- Au contrôle des activités du Conseil d'Administration notamment en ce qui concerne le respect des statuts.

Paragraphe 3 : Fonctionnement du Conseil de Surveillance

Article 57 : Exécution des missions

Dans l'accomplissement de sa mission, le conseil de surveillance peut faire appel à d'autres compétences internes ou externes. En cas de besoin, il peut effectuer des contrôles inopinés sur son initiative propre ou sur la saisine d'un membre.

Article 58 : Documents de travail

Les membres du Conseil de Surveillance doivent recevoir à la clôture de chaque exercice un compte de pertes et profits, ainsi que le bilan de la gestion de la Mutuelle. Ces documents doivent leur être communiqués au moins quarante (40) jours avant la date de l'Assemblée Générale par le Président du Conseil d'Administration.

Ils établissent un rapport dans lequel ils rendent compte à l'Assemblée Générale ordinaire de l'exécution du mandat qu'elle leur a confié et doivent signaler les irrégularités et les inexactitudes qu'ils auraient constatées.

Article 59 : Communication des rapports

En cas de non respect des directives, règlements, statuts, contrats ou lois, le Conseil de Surveillance est tenu d'en aviser le Conseil d'Administration à travers un rapport établi à cet effet.

Article 60 : Gratuité des fonctions

Les membres du Conseil de Surveillance ne sont pas rémunérés. Les frais de séjour et de transport nécessités par l'exercice de leurs fonctions peuvent être remboursés selon les tarifs en vigueur.

SECTION IV : LE CENTRE DE GESTION

Article 61 : Administration de la mutuelle

L'administration quotidienne de la mutuelle au niveau central est assurée par le Centre de Gestion dont les membres sont recrutés par le Conseil d'Administration et salariés de la mutuelle. Le Centre de Gestion est animée par un Directeur qui rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'évolution de la mutuelle.

Article 62 : Gestion des ressources

Le Directeur du Centre de Gestion, en collaboration avec les membres de son équipe recueille les ressources de la mutuelle et en est responsable. Il rédige et présente les comptes rendus financiers. Il est signataire avec le président du CA des documents financiers de la mutuelle.

Article 63 : Participation aux réunions du Conseil d'Administration

Le Directeur du centre de Gestion participe aux séances du Conseil d'Administration de la Mutuelle avec voix consultative.

Article 64 : Attributions du centre de gestion

Le Centre de Gestion agit sous la supervision du Conseil d'Administration et intervient par délégation d'attributions. Il regroupe les services techniques et a en charge différents aspects du fonctionnement de la mutuelle:

- Administration générale et gestion comptable ;
- Elaboration des projets de budget et des états financiers ;
- Ingénierie d'assurance et gestion des risques ;
- Animation du réseau des Sections locales ;
- Supervisions des cellules Techniques ;
- Appui à la mise en place de nouvelles Sections Locales ;
- Formation du personnel des cellules techniques et de cellule de gestion ainsi que des élus ;
- Identification, préparation des conventions, contractualisation et suivi des relations avec les prestataires de soins ;
- Production périodique d'informations et retro information aux Sections Locales.
- Elaboration de campagnes d'informations des groupes cibles et, globalement, d'activités de marketing social.

Article 65 : Arrêté des comptes

Le Directeur de la Cellule de Gestion arrête rigoureusement les comptes de l'exercice et dresse le bilan de l'exercice écoulé au plus tard quatre mois à compter de la fin de celui-ci.

Article 66 : Sanctions

En cas de malversations ou de fautes graves, le Directeur est suspendu de ses fonctions par le Président du Conseil d'Administration après avis des membres du Conseil d'Administration. La sanction définitive est prononcée par le Conseil d'Administration et notifiée par le Président.

En cas de détournement prouvé, si le CA s'abstient de sanctionner ou ne prend pas la sanction à la mesure de la faute commise, l'AG, sur proposition du conseil de surveillance décide en son lieu et place avec une mise en garde au Conseil d'Administration.

CHAPITRE II : NIVEAU LOCAL

SECTION 1 : LA SECTION LOCALE

Article 67 : Sections locales

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections locales créées par décision du conseil d'administration.

Article 68 : Organes des sections locales

La Section Locale dispose d'une assemblée (composée des représentants des associations, Groupements d'Intérêt Economique et organisations professionnelles de travailleurs du secteur des transports routiers de la mutuelle ainsi que des autres catégories d'adhérents de la localité) et d'un comité de section local.

Article 69 : Réunion de l'assemblée de section

L'Assemblée de la Section Locale se réunit une fois par an pour examiner le rapport d'activités. Elle a pour rôle d'élire les membres du Comité de Section.

SECTION 2 : LE COMITE DE SECTION LOCALE

Article 70 : Direction de la section locale

La Section Locale est dirigée par un Comité de Section dont la mission s'inscrit dans les objectifs et activités définis par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

Article 71 : Mandat des membres du comité de section locale

Les membres du Comité de Section Locale sont élus par l'Assemblée de la Section Locale, pour un mandat de trois ans renouvelable une fois.

Article 72 : Composition du comité de section locale

Le Comité de Section Locale est composé de:

- Jusqu'à 1 000 bénéficiaires (07) membres ;
- Entre 1001 et 3000 bénéficiaires (08) ;

- Entre 3001 et 5000 bénéficiaires (09) ;
- Entre 5001 et 7 000 bénéficiaires (10) ;
- Entre 7 001 et 10 000 bénéficiaires (11) ;
- Entre 10 001 et 15 000 bénéficiaires (12) ;
- Entre 15 001 et 25000 bénéficiaires (13) ;
- Entre 25 001 et 30 000 bénéficiaires (14);
- Entre 30 001 et 50 000 bénéficiaires (15) ;
- Plus de 50 000 bénéficiaires (16).

Article 73 : Bureau

Il élit en son sein un bureau composé de :

- Un Président ;
- Un vice président ;
- Un Secrétaire Général ;
- Un Secrétaire Général Adjoint.

Article 74 : Réunions du comité de section locale

Le Comité de Section Locale se réunit deux fois par an en session ordinaire sur convocation du Président.

Il peut également se réunir en session extraordinaire à la demande des 2/3 des membres participants ou sur l'initiative de son Président en cas de besoin.

Article 75 : Rédaction du procès verbal

Chaque réunion du Comité de Section donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal détaillé.

Le secrétaire général est chargé de la rédaction des procès verbaux. Le secrétaire adjoint le supplée en cas d'empêchement.

Article 76 : Gratuité des fonctions

Les fonctions de membre du Comité de Section sont gratuites. Toutefois, les frais de déplacement et de séjour justifiés et engagés sur demande de la mutuelle peuvent être remboursés selon les tarifs retenus par le Conseil d'Administration.

La fonction de membre du Comité de Section est incompatible avec tout emploi au sein de la Mutuelle Sociale ou toute activité lucrative en rapport avec le fonctionnement de la Mutuelle Sociale.

Article 77 : Dissolution du comité de section

Le Comité de Section peut être dissout par l'Assemblée de la Section pour cause de carence persistante ou d'abus de pouvoir dans l'exercice de ses fonctions. Un nouveau Comité doit être élu aussitôt ou au plus tard dans le mois qui suit la dissolution.

Article 78 : Responsabilités du comité de section

Les principales responsabilités du Comité de Section locale sont :

- Veiller au respect des statuts et règlement intérieur ;
- Oeuvrer à l'atteinte des objectifs fixés par l'AG de la mutuelle ;
- Elire ses délégués à l'AG de la Mutuelle Sociale;
- Représenter la mutuelle dans ses relations avec les tiers au niveau local ;
- Coordonner les activités de la Cellule Technique ;
- Rendre compte des activités de la Section Locale au Conseil d'Administration ;
- Promouvoir la Mutuelle Sociale au sein de l'aire d'intervention de la section locale ;
- Assurer l'animation et l'information des membres de la mutuelle au sein de la section locale.

SECTION 3 : LA CELLULE TECHNIQUE

Article 79 : Gestion de la section locale

La gestion quotidienne de la Section Locale est assurée par une Cellule Technique, animée par un Coordonnateur.

Article 80 : Composition de la cellule technique

La Cellule Technique est composée d'un personnel léger recruté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle Sociale et est sous l'autorité directe du Centre de Gestion.

Article 81 : Attributions de la cellule technique

Les principales attributions de la Cellule Technique sont :

- L'enregistrement des adhésions (saisie informatiques et mise à jour des dossiers) ;
- Le recouvrement des cotisations et la mise à jour des comptes de cotisations dans le logiciel de gestion ;
- La collecte et la saisie des attestations de soins ;

- La gestion des flux financiers entre la Section Locale et le Centre de Gestion ;
- L'appui à l'animation des organisations membres de la mutuelle.

TITRE III : ORGANISATION FINANCIERE

CHAPITRE I : RECETTES et DEPENSES

Article 82 : Les ressources

Les ressources de la Mutuelle se composent :

- 1) des droits d'adhésions versés par les membres ;
- 2) des cotisations périodiques versées par les membres ;
- 3) des souscriptions des membres honoraires ;
- 4) des dons et legs ;
- 5) des produits des placements de fonds ;
- 6) des subventions éventuelles de l'Etat, des collectivités locales et autres partenaires ;
- 7) de toutes autres ressources non prohibées par la loi.

Article 83 : Les dépenses

Les dépenses de la mutuelle comprennent.

- 1) Les dépenses liées aux soins de santé ;
- 2) Les dépenses de fonctionnement et d'investissements ;
- 3) Les cotisations versées aux unions ;
- 4) Les œuvres sociales.

Article 84 : Conservation des ressources

Les ressources de la mutuelle sont conservées dans des comptes ouverts auprès des banques de la place.

Article 85 : Gestion des fonds

Le Conseil d'Administration décide sur proposition du Directeur du Centre de Gestion, du placement et du retrait des fonds de la mutuelle en tenant compte des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 86 : Autorisation des dépenses

Toute dépense doit être soumise à l'appréciation préalable du Conseil d'Administration. Les dépenses approuvées et autorisées par le Conseil d'Administration sont ordonnées par le président et exécutées par le Directeur.

Article 87 : Constitution de réserves

La Mutuelle établit et maintient à la fin de chaque année une réserve obligatoire de vingt-cinq pour cent (25 %) des résultats nets de l'exercice comptable précédent.

Outre les réserves obligatoires, le Conseil d'Administration peut constituer librement d'autres réserves facultatives qui seront adoptées par l'assemblée générale et destinées à constituer une sécurisation financière supplémentaire pour faire face à tout aléa.

Ces réserves facultatives peuvent aussi sur décision de l'Assemblée générale, être affectées à des actions de prévoyance ou de promotion sociale en faveur des adhérents.

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 1: MODIFICATION DES TEXTES – FUSION – DISSOLUTION – LIQUIDATION

Article 88 : Elaboration du règlement intérieur

Un règlement intérieur élaboré par le Conseil d'Administration et soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale apportera tout complément et tout détail aux présents statuts qui prennent effets pour compter du premier jour du mois suivant celui de leur adoption par l'Assemblée Générale.

Article 89 : Modification du règlement intérieur

Le Conseil d'Administration en présence des 2/3 des membres peut apporter des modifications au règlement intérieur. Celles-ci sont ratifiées au cours d'une Assemblée Générale extraordinaire.

Article 90 : Modification des statuts

Seule l'Assemblée Générale peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'Administration ou celle des 2/3 des membres de l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Article 91 : Adhésion à une union

La mutuelle peut adhérer à une ou plusieurs unions sur décision de l'Assemblée Générale.

Article 92 : Fusion

La fusion de la mutuelle avec une ou plusieurs mutuelles est décidée par l'Assemblée Générale.

Article 93 : Dissolution et liquidation

L'Assemblée Générale peut décider de la dissolution ou de la suspension des activités de la Mutuelle Sociale en se conformant aux dispositions de la législation Sénégalaise en matière de mutualité.

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une Assemblée Générale extraordinaire convoquée, à cet effet, avec un avis indiquant l'objet de la réunion. Elle doit réunir la majorité des 2/3 de l'Assemblée Générale.

Article 94 : Affectation du patrimoine

Après extinction de tous les droits, les actifs de la mutuelle seront affectés aux œuvres sociales.

Fait à Dakar, le 16 Février 2008

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	vii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRE DE L'ETUDE	3
Chapitre I: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	4
I.1. FINALITE DE L'ETUDE.....	5
I.2. OBJECTIF GENERAL.....	5
I.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES	6
I.4. HYPOTHESES DE RECHERCHE	6
I.4.1. Hypothèse 1	6
I.4.2. Hypothèse 2	6
I.4.3. Hypothèses 3	6
Chapitre II: CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	7
II.1. CONTEXTE D'EMERGENCE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL.....	7
II.2. DEFINITIONS D'UNE MUTUELLE SOCIALE.....	8
II.3. LES PRINCIPES DE BASE D'UNE MUTUELLE DE SANTE	9
II.4. LES TYPES DE SOINS COUVERTS PAR UNE MUTUELLE	10
II.5. LE PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE.....	11
II.6. L'ORGANISATION D'UNE MUTUELLE DE SANTE.....	12

II.6.1.	<i>L'organisation interne d'une Mutuelle de Santé</i>	12
II.6.2.	<i>L'adhésion à une Mutuelle de santé</i>	13
II.7.	LES RISQUES LIES A L'ASSURANCE MALADIE.....	14
II.8.	LA GESTION D'UNE MUTUELLE DE SANTE.....	15
Chapitre III:	LA REVUE DE LA LITTERATURE	17
III.1.	LA CLASSIFICATION DES MUTUELLES DE SANTE	17
III.2.	MUTUELLES COMMUNAUTAIRES ET COUVERTURE UNIVERSELLE	18
III.3.	LES MUTUELLES DE SANTE COMMUNAUTAIRES	21
III.4.	LE COUPLAGE MUTUELLE DE SANTE/INSTITUTION DE MICRO CREDIT	21
Chapitre IV:	CONTEXTE DE L'ETUDE	23
IV.1.	SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU SENEGAL.....	23
IV.2.	SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE	23
IV.3.	POLITIQUE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE	24
IV.4.	LE SYSTEME DE SANTE.....	24
IV.4.1.	<i>L'Organisation du système de santé</i>	24
IV.4.2.	<i>Les infrastructures et équipements</i>	26
IV.4.3.	<i>Les ressources humaines</i>	26
IV.5.	LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL	27
IV.5.1.	<i>La caisse de sécurité sociale</i>	27
IV.5.2.	<i>Les Institutions de prévoyance maladie</i>	28
IV.5.3.	<i>L'institution de prévoyance retraite du Sénégal</i>	28
IV.6.	LES REGIMES D'ASSURANCES MALADIE VOLONTAIRES	28
IV.6.1.	<i>Les assurances maladie à but lucratif</i>	29
IV.6.2.	<i>Les mutuelles de santé</i>	29
	DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL ET RESULTATS	31
Chapitre V:	METHODOLOGIE	32
V.1.	STRATEGIE DE RECHERCHE.....	32

V.2.	DEFINITION DES VARIABLES	32
V.2.1.	<i>L'état des lieux des mutuelles de santé</i>	32
V.2.2.	<i>L'analyse des structures</i>	33
V.3.	METHODE DE COLLECTE DES DONNEES.....	34
V.4.	LIMITES DE L'ETUDE	34
V.4.1.	<i>La mutuelle communautaire</i>	34
V.4.2.	<i>La mutuelle TRANSVIE</i>	35
Chapitre VI:	RESULTATS	36
VI.1.	DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE WER AK WERLE DE GUINAW RAILS.....	36
VI.1.1.	<i>Description de la mutuelle WAWGR</i>	36
VI.1.1.1.	Contexte de creation	36
VI.1.1.2.	Organisation de la mutuelle	37
VI.1.1.3.	Le statut juridique	39
VI.1.1.4.	Les Bénéficiaires	39
VI.1.1.5.	Les cotisations	39
VI.1.1.6.	Les prestations.....	40
VI.1.1.7.	Suivi des bénéficiaires	40
VI.1.1.8.	Les comptes.....	40
VI.1.1.9.	Les moyens matériels	41
VI.1.2.	<i>Analyse de la mutuelle WAWGR</i>	42
VI.1.2.1.	Mobilisation des ressources	42
VI.1.2.2.	Impact d'efficacité	43
VI.1.2.3.	L'équité	43
VI.1.2.4.	Accès aux soins de qualités	44
VI.1.2.5.	Durabilité et Viabilité.....	44
VI.1.2.6.	La gouvernance locale	45
VI.1.2.7.	Analyse SWOT.....	45
VI.2.	DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MUTUELLE TRANSVIE	47

VI.2.1.	<i>Description de la mutuelle TRANSVIE</i>	47
VI.2.1.1.	Contexte de creation.....	47
VI.2.1.2.	Organisation de la mutuelle.....	48
VI.2.1.3.	Le statut juridique.....	50
VI.2.1.4.	Les bénéficiaires.....	50
VI.2.1.5.	Les cotisations.....	52
VI.2.1.6.	Les prestations.....	53
VI.2.1.7.	Le suivi des bénéficiaires.....	55
VI.2.1.8.	Les comptes.....	56
VI.2.1.9.	Les moyens matériels.....	56
VI.2.2.	<i>Analyse de la mutuelle TRANSVIE</i>	57
VI.2.2.1.	Mobilisation des ressources.....	57
VI.2.2.2.	La contribution d'efficacité.....	57
VI.2.2.3.	L'équité.....	58
VI.2.2.4.	L'accès aux soins de qualité.....	59
VI.2.2.5.	Durabilité et Viabilité de la mutuelle.....	61
VI.2.2.6.	Contribution à la gouvernance.....	62
VI.2.2.7.	Analyse swot.....	62
Chapitre VII:	DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	66
VII.1.	DISCUSSIONS.....	66
VII.1.1.	<i>Processus d'implantation et évolution d'une mutuelle sociale</i>	66
VII.1.2.	<i>L'impact du modèle choisi</i>	67
VII.1.3.	<i>Mutuelle communautaire et extension de la CMU</i>	67
VII.2.	RECOMMANDATIONS.....	68
VII.2.1.	<i>Les autorités publiques</i>	69
VII.2.1.1.	La mutuelle WER AK WERLE.....	69
VII.2.1.2.	La mutuelle TRANSVIE.....	69
VII.2.2.	<i>Les responsables des mutuelles</i>	69

VII.2.2.1. La mutuelle WER AK WERLE	69
VII.2.2.2. La mutuelle TRANSVIE	69
VII.2.3. <i>Les prestataires de soins</i>	70
VII.2.4. <i>Les partenaires au développement et structures d'appui</i>	70
CONCLUSION	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	ix
Ouvrages et revues.....	ix
Articles.....	x
Rapports.....	xi
Mémoires.....	xii
ANNEXES	xiii
ANNEXE 1 : Guide d'entretien à l'endroit des gestionnaires des mutuelles.....	xiv
ANNEXE 2 : Statuts de la mutuelle WAWGR.....	xxiv
ANNEXE 3 : Statuts de la mutuelle TRANSVIE.....	xxxvii
TABLES DES MATIERES	lviii

CESAG - BIBLIOTHEQUE