



**EVALUATION DE LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE
COUPLEES A DES INSTITUTIONS DE MICROCREDIT : CAS DE
LA MUTUELLE SOCIALE DES TRANSPORTEURS (TRANSVIE)
AU SENEGAL**

Présenté par :
Dr Mariama NDIAYE épouse FAYE

Sous la direction du :
Dr Farba Lamine Sall

SOMMAIRE

Résumé-----	iii
Dédicaces -----	iv
Remerciements-----	v
Liste des acronymes-----	vi
Liste des tableaux et graphiques-----	viii
Introduction -----	1
Première partie : Cadre conceptuel -----	4
Chapitre I : Contexte général et Problématique -----	5
1. Généralités sur le Sénégal	
2. Problématique	
Chapitre II : Revue de la littérature -----	17
Deuxième partie : Cadre opérationnel -----	21
Chapitre III : Cadre de l'étude -----	22
1. La mutuelle de santé TRANSVIE	
2. L'institution de microcrédit MECTRANS	
Chapitre IV : Méthodologie -----	31
1. Stratégie de recherche	
2. Variables et indicateurs d'évaluation	
3. Méthode d'investigation	
4. Critères d'inclusion	
5. Méthode d'analyse des données	
6. Outils d'analyse des données	
7. Limites	
Chapitre V : Résultats et Analyse -----	35
1. Résultats	
2. Analyse Force-Faiblesse-Opportunités-Menaces	
Conclusion et recommandations -----	61
Bibliographie -----	63
Annexes -----	65
Table des matières -----	97

RESUME

Le contexte actuel de la région Ouest africaine reste caractérisé par des initiatives et des innovations multiples dans une perspective de mieux assurer l'accès financier des populations aux soins de santé. La place de la mutualité dans le processus de lutte contre la pauvreté se perçoit par la solidarité agissante au sein de communautés exclues des systèmes de protection maladie formels. Les mutuelles de santé et les institutions de microcrédit agissent sur la même cible pour des raisons différentes, l'une pour lui permettre d'accéder aux systèmes de protection sociale puisque étant exclus du système formel existant, l'autre pour lui permettre d'accéder aux services financiers du fait de son exclusion du système bancaire traditionnel. C'est dans le but de montrer que leurs interventions qui semblent être séparées peuvent se compléter que nous avons initié cette étude portant sur l'évaluation de la viabilité des mutuelles de santé couplées à des institutions de microcrédit notamment le cas de la mutuelle sociale TRANSVIE.

Pour atteindre notre objectif nous avons analysé les aspects organisationnels, gestionnaires, économiques et financiers de la mutuelle sociale TRANSVIE, son association avec MECTRANS et réalisé une analyse FFOM du couplage.

Notre étude a montré que le taux d'adhésion est croissant. L'organisation et la compétence des dirigeants permettent d'offrir aux bénéficiaires l'accès à un grand nombre de prestataires conventionnés. Le taux de recouvrement est satisfaisant et la mutuelle a une autonomie financière. Le taux de pénétration quant à lui est faible.

L'extension du réseau de TRANSVIE ainsi que des campagnes de sensibilisation et d'information bien menées permettraient d'atteindre la majorité de la population cible.

Nous espérons que ce travail, bien que limité, contribuera à la réflexion sur l'accès aux soins des acteurs du secteur informel au Sénégal.

Mots clés : évaluation, viabilité, mutuelle de santé, microcrédit, transport, Sénégal

DEDICACES

A Dieu Le Tout Puissant, Le Miséricordieux. Louanges à Allah, Seigneur de l'Univers !

A mes parents,

Je vous dédie ce travail pour tous les efforts consentis pour me faciliter ce parcours. J'espère avoir été à la hauteur de vos espoirs.

A mon époux,

Ton amour et ton soutien m'ont donné la force de continuer. Puisse Dieu nous accorder une longue vie afin que nous puissions continuer ce que nous avons commencé.

A mes enfants,

Tâchez de faire mieux que moi. Je vous aime.

A toute ma famille,

A tous mes amis,

A toute la 14e promotion,

En particulier le groupe 4 et le Dr Hans Bahibo

REMERCIEMENTS

Au **Docteur Farba Lamine SALL**, nous avons trouvé en vous un grand maître par votre sagesse, votre savoir-faire, votre rigueur scientifique et votre disponibilité totale à chaque fois que nous faisons appel à vous. Malgré votre emploi du temps très chargé, vous nous avez toujours guidé et conseillé. Merci d'avoir encadré ce travail.

Nous tenons à remercier singulièrement le directeur de la mutuelle sociale TRANSVIE **Mr Abdou DIAGNE** ainsi que son équipe, qui ont accepté de mettre à notre disposition les documents et données administratives sans lesquels ce travail n'aurait pu être fait.

Notre reconnaissance va également à l'endroit du directeur de MECTRANS, **Mr Mamadou KANTE**.

A **Mr Mbaye SENE**, merci pour les conseils et les documents qui nous ont aidés pour la rédaction de ce travail.

A **Mmes Fatimata GUEYE et Aissatou LO** : assistantes à l'ISMS.

A l'ensemble des professeurs de l'ISMS.

A l'ensemble du personnel du CESAG.

LISTE DES ACRONYMES

ACDI : Agence Canadienne de Développement International

ACEP : Agence de Crédit pour l'Entreprise Privé

ACEP : Alliance de Crédit et d'Epargne pour la Production

ACOPAM : Appui Associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement à la base

AFTU : Association de Financement des professionnels du Transport Urbain

AMC : Assurance Maladie Communautaire

AOC : Afrique de l'Ouest et du Centre

ARDA : Autorité de Régulation et de Développement de l'Assurance

BIT : Bureau International du Travail

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

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

CETUD : Conseil Exécutif des Transports Urbains de Dakar

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CICM : Centre International du Crédit Mutuel

CNDS : Comité National du Dialogue Social

CPEC : Caisse Populaire d'Epargne et de Crédit

CRMST : Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès

CS : Centre de Santé

CTB : Coopération Technique Belge

DID : Développement International Desjardins

DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

ENDA Tiers Monde: Environnement et Développement du Tiers Monde

FENAGIE : Fédération Nationale des GIE de Pêche

FFOM : Forces Faiblesses Opportunités Menaces

GEC : Groupement d'Epargne et de Crédit

GRAIM : Groupe de Recherche et Appui aux Initiatives Mutualistes

GTZ: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

HALD : Hôpital Aristide le Dantec

HOGGY : Hôpital Général de Grand Yoff
HPD : Hôpital Principal de Dakar
HYGEA : Cabinet d'études et de recherche HYGEA
IMF : Institution de Micro Finance
IPM : Institut de Prévoyance Maladie
MEC : Mutuelle d'Epargne et de Crédit
MECIB : Mutuelle d'Epargne et de Crédit d'Icotaf Boubess
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAMAS : Programme d'Appui à la Micro-Assurance Santé
PAMS: Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé
PED : Pays en développement
PHRplus : Partners for Health Reform plus
PIB : Produit Intérieur Brut
PNDS : Programme National de Développement Sanitaire
PROMUSAF : Programme de Mutuelle de Santé en Afrique
RLI : Ratio de Liquidité Immédiate
RS : Ratio de Sinistralité
SFD : Système Financier Décentralisé
SNTTRS : Syndicat National des Travailleurs des Transports Routiers du Sénégal
SOCOCIM: Société Ouest Africaine des Ciments
STEP: Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UM-PAMECAS : Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et le Crédit au Sénégal
USAID: United States Agency for International Development

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : La pyramide sanitaire du Sénégal

Figure 2 : Les phases évolutives de la mise en place des mutuelles

Figure 3 : Organigramme de la direction générale de TRANSVIE

Figure 4 : Organigramme de MECTRANS

Figure 5 : Evolution du nombre d'adhérents

Figure 6 : Evolution du nombre de bénéficiaires

Tableau 1 : Phases de renouvellement du parc automobile

Tableau 2 : Evolution du nombre d'employés

Tableau 3 : Evolution du nombre de prestataires

Tableau 4 : Nombre d'adhérents

Tableau 5 : Adhérents offres spéciales

Tableau 6 : Nombre de bénéficiaires

Tableau 7 : Taux de croissance des adhérents

Tableau 8 : Taux de croissance des bénéficiaires

Tableau 9 : Taux de fidélisation

Tableau 10 : Taux de pénétration

Tableau 11 : Estimation des cotisations

Tableau 12 : Taux de recouvrement des cotisations

Tableau 13 : Les différents ratios

Tableau 14 : Dépenses en prestations en 2008

Tableau 15 : Dépenses en prestations en 2010

Tableau 16 : Dépenses en prestations en 2012

Tableau 17 : Dépenses selon les actes en 2008

Tableaux 18 : Dépenses selon les actes en 2010

Tableaux 19: Dépenses selon les actes en 2010

Tableau 20 : Dépenses selon les actes en 2012

Tableau 21 : Dépenses selon les actes en 2012

Tableau 22 : Taux de financement

Introduction

Les pays africains ont accédé à l'indépendance dans les années 1960 avec l'engagement des nationalistes à améliorer la vie et le bien-être des populations, d'éliminer les restrictions discriminatoires qui fondent la politique sociale coloniale et de créer de nouvelles opportunités de progrès social. La santé et l'éducation occupaient une place de choix dans les premiers investissements des gouvernements postcoloniaux.

Les soins de santé primaires sont devenus un concept de base pour l'OMS à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs est de donner à tous les peuples du monde d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive [10].

La dégradation des conditions économiques des années 80, s'est accompagnée dans les pays en développement, d'une détérioration de l'état de santé de la population, notamment des couches les plus pauvres. La réduction des dépenses publiques dans le secteur de la santé du fait de l'application des politiques d'ajustement structurel, a eu des conséquences négatives importantes sur la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population.

En effet, l'exigence pour ces pays de réaliser des équilibres macro-économiques, suite à un recours excessif aux capitaux extérieurs, a entraîné nécessairement des coûts sociaux très élevés. Ces coûts sociaux qui sont intervenus principalement à court terme, c'est-à-dire au début de la mise en œuvre de ces politiques d'ajustement structurel, n'ont pu être compensés à moyen et long terme par les effets financiers générés par ce processus. Cette situation a connu une certaine exacerbation suite à la dévaluation du franc CFA qui s'est traduite par un renchérissement des coûts des services sociaux de base, réduisant de façon considérable aussi bien les possibilités des Etats que celles des populations [17]. Les Programmes d'Ajustement structurel ont provoqué le démantèlement du secteur privé et une paupérisation accrue de la population, surtout des travailleurs du secteur informel. Le système de sécurité sociale est financé à partir des contributions des travailleurs et des employeurs et ne couvre que les personnes opérant dans le secteur de l'emploi formel. Au Sénégal, 80% de la population totale ne bénéficie pas de protection sociale [12]. Dans ce contexte, la recherche de sources de financement viables devient une urgence.

La recherche de solutions alternatives pour rendre les services de santé accessibles pour l'ensemble de la population a favorisé l'émergence au début des années 80 d'un mouvement mutualiste. Les termes utilisés pour les systèmes d'assurance maladie locaux sont : Mutuelle de Santé, Assurance Maladie Communautaire (AMC), et Micro Assurance santé. Le terme «mutuelle » est largement utilisé en Afrique Occidentale et Centrale, alors qu'AMC est plus utilisé en Afrique Orientale. L'Organisation Internationale du Travail attribue au concept le titre de Micro Assurance. Il existe des nuances entre les trois termes.

Atim définit une mutuelle comme une structure d'assurance volontaire, à but non lucratif, formée sur la base d'une assistance mutuelle, de la solidarité et du partage collectif des risques de maladie. Les membres participent de façon effective à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle. Ces mutuelles sont souvent de petite taille et visent une population spécifique qui est liée par certaines caractéristiques de solidarité [4].

Le Sénégal à l'instar des autres pays a connu une expansion du mouvement mutualiste avec pour cible principale les acteurs du secteur informel. Les mutuelles de santé permettent à leurs membres de financer leurs dépenses de santé par un partage volontaire et solidaire des risques, favorisant ainsi un accès aux soins de santé. De même, elles permettent au système de santé de disposer d'un mécanisme supplémentaire de mobilisation des ressources de la communauté. Le recensement effectué en 1995 a dénombré seulement une dizaine de mutuelles en fonctionnement et quelques autres en cours de constitution. La promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a bénéficié du soutien politique par la mise en place par le Ministère de la santé d'un programme d'appui au développement des mutuelles de santé depuis 1997. En 2003, le Sénégal comptait 79 mutuelles de santé fonctionnelles [17].

Cette politique de promotion des mutuelles de santé s'est étendue au secteur des transports terrestres.

La grande majorité des travailleurs ne bénéficie d'aucune couverture du risque maladie. Ces travailleurs développaient déjà des pratiques d'entraide et de solidarité face au risque maladie, cependant les familles n'étaient pas concernées. Les regroupements existants offraient un point d'ancrage particulièrement intéressant pour un système de protection sociale. Ils disposaient d'un savoir-faire en matière de contrôle social et organisaient souvent des activités génératrices de revenus (exploitation communautaire de véhicules, etc.) qui pourraient permettre de réduire la contribution financière (cotisation) directe des membres au système de protection sociale [19].

Malgré cela, une importante population du secteur informel n'a toujours pas accès aux soins de santé de base, et les mutuelles n'enregistrent pas encore l'affluence attendue. Cette situation a entraîné la création de TRANSVIE qui est la mutuelle des transporteurs terrestres. Pour plus d'efficacité cette mutuelle s'est associée à une institution de micro-crédit. La question est de savoir si TRANSVIE arrive à satisfaire les besoins des transporteurs? Et quel est l'apport du micro-crédit dans la viabilité de TRANSVIE?

C'est dans le souci de répondre à ces questions que nous avons décidé de nous intéresser à l'évaluation de la viabilité de la mutuelle TRANSVIE.

Après la présentation du contexte théorique, nous exposerons le cadre opérationnel de l'étude qui sera suivi de la conclusion et des recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

DESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 1 : Contexte et problématique

Dans ce chapitre nous présenterons le Sénégal, pays où s'est déroulé notre étude, ainsi que des généralités sur les mutuelles de santé couplées aux institutions de micro-crédit. Nous y aborderons également la problématique de notre travail.

I.1 Généralités sur le Sénégal

1.1.1 Situation géographique et administrative

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale. 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 côtes. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies. Sa capitale est Dakar [16].

Le pays compte 14 régions, 44 départements, 133 arrondissements, 115 communes et 370 communautés rurales [22].

1.1.2 Situation sociodémographique

La population du Sénégal estimée à 12 855 153 d'habitants en 2011, est répartie sur une superficie d'environ 196.712 km², soit une densité moyenne de 65,3 habitants au km². La population sénégalaise est relativement jeune (47% a moins de 15 ans). Cependant, on note un taux de croissance élevé malgré la baisse de la fécondité: la population s'accroît au rythme de 2,7%, soit un temps de doublement de 25 ans environ. Actuellement, 41% de la population vit dans les zones urbaines, plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés de l'Afrique subsaharienne [17,18].

1.1.3 Situation économique

L'économie sénégalaise est basée essentiellement sur l'agriculture sous pluie qui, comme l'élevage, a souffert de la récurrence des années de sécheresse. Si les secteurs de la pêche, du tourisme et des services se sont développés et occupent une part grandissante dans l'économie, le dynamisme du secteur industriel a été faible et n'a pas pu profiter de la dévaluation du Franc CFA en 1994. Les transferts des migrants jouent un rôle de plus en plus important dans l'augmentation et la diversification des sources de revenus des ménages et le financement de l'économie du pays.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) a crû en termes réels légèrement au-dessus de 5% par an sur la période 1995-2000. Ainsi la tendance négative du PIB par habitant, observée au cours de la décennie 80, a été renversée. Ces gains économiques récents, cependant, n'ont pas été largement partagés. Ainsi, le Sénégal reste un pays pauvre avec un PIB par tête d'environ 1900 US\$ en 2011 et 54% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Plus de 50% de la population active est toujours employée dans le secteur de l'agriculture alors qu'elle ne contribue que pour 10% du PIB ; la création d'emplois est restée faible dans le secteur moderne au cours de la dernière décennie ; en contraste, le secteur informel est resté dynamique et est devenu une source importante d'emplois et de revenus dans l'économie du pays.

1.1.4 Système de santé

1.1.4.1 Politique de santé

La politique sanitaire du Sénégal est mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018. Elle a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de prestations sanitaires et les besoins de santé des populations. La politique sanitaire vise trois objectifs majeurs :

1. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé ;
2. améliorer l'efficacité du système de santé ;
3. améliorer la qualité des prestations sanitaires.

1.1.4.2 Organisation du système de santé

Le système de santé sénégalais est de type pyramidal avec trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le **niveau central** regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés.

Le **niveau intermédiaire** ou 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. Le Sénégal compte 14 régions médicales.

Le **niveau périphérique** ou district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Le Sénégal compte 76 districts sanitaires en 2012. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales [16].

Les différentes parties de la pyramide sanitaire sont représentées dans la figure qui suit.

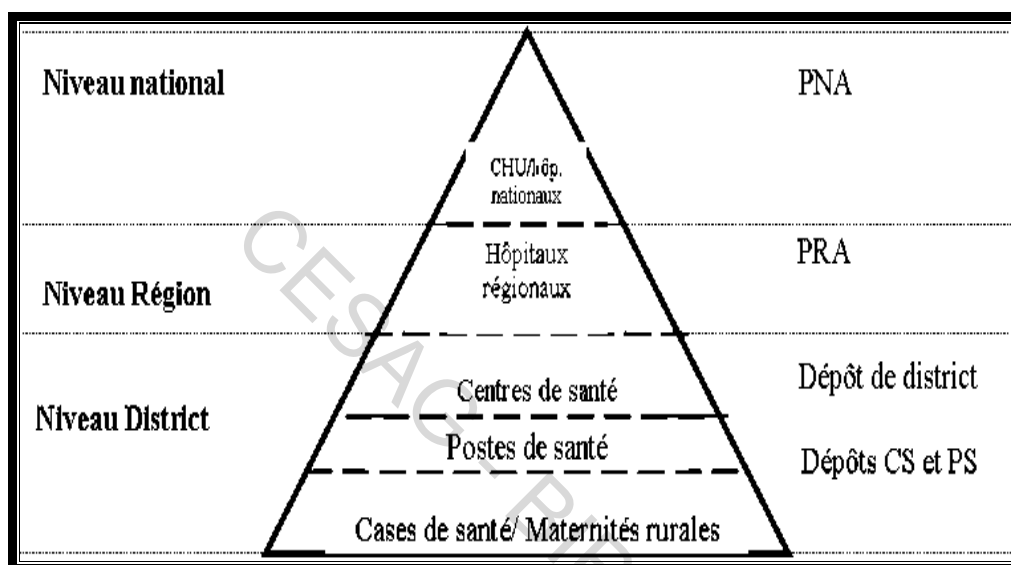


Figure 1 : La pyramide sanitaire du Sénégal [15]

1.1.4.3 Offre de services

L'offre de services épouse l'architecture de la pyramide sanitaire.

Le **niveau hôpital** au sommet : les soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 3 ; la médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 2.

Le **niveau centre de santé et poste de santé** : les soins de santé de base, y compris la maternité et les soins dentaires y sont disponibles.

Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé. Il faut noter également la part non négligeable de la médecine traditionnelle.

1.1.5 Financement de la santé

La crise des années 80 a profondément affecté les finances publiques des pays en développement (PED). Elle a donné un relief particulier à la sous dotation des budgets de la santé et donc à l'insuffisance du financement principalement assuré par des fonds publics internes et externes [1].

Le financement de la santé au Sénégal est assuré par l'Etat, les Partenaires Extérieurs, les Populations et les Collectivités Locales.

L'Etat consacre 10% de son budget national au secteur de la santé soit 126 milliards de FCFA en 2011. Il faut rappeler que l'Etat s'est engagé à porter ce budget à 15% conformément aux recommandations de l'OMS.

Le financement des Partenaires Extérieurs est calculé sur la base des engagements des partenaires techniques et financiers. Il est estimé à 31 milliards de FCFA en 2011. L'apport des populations s'est considérablement accru. Son évolution a suivi une courbe ascendante jusqu'en 2004 avec une progression moyenne de 20% par an pour atteindre 36 milliards de FCFA en 2011. L'apport des collectivités locales a évolué en dents de scie au cours des dix dernières années sans jamais dépasser le seuil de 5 milliards [17].

Le choix d'un pays pour un système de financement doit être guidé par la recherche de la meilleure manière de mettre en œuvre le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques qui sont les principes de base pour garantir l'accès aux services et la protection financière [8].

Une minorité de la population sénégalaise bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux ; soit à travers un système obligatoire ou un système facultatif. Il s'agit essentiellement des fonctionnaires (environ 300 000 personnes) et des salariés du secteur moderne qui sont couverts soit par une Institution de Prévoyance Maladie (IPM) soit par une compagnie d'assurance privée. La couverture dont bénéficie tranche de la population n'est que partielle (entre 50% et 80% des frais). Parallèlement à ces formes institutionnalisées de couverture maladie, différents systèmes traditionnels de solidarité permettent aux ménages de faire face aux dépenses de santé ; il s'agit des associations d'entraide et de crédit, de la solidarité familiale, des systèmes de pré paiement auprès de structures sanitaires [30].

1.1.6 Institutions de micro-crédit et de mutualité au Sénégal

1.1.6.1 Institutions de micro-finance

1.1.6.1.1 Historique et évolution

Le Sénégal connaît depuis la fin des années 80, qui a vu l'émergence de la micro-finance, une croissance soutenue du secteur. En 1986, l'Agence de Crédit pour l'Entreprise Privée (ACEP) est créée en tant que projet de l'USAID chargé d'octroyer du crédit aux micros et petites entreprises sénégalaises qui n'ont pas accès au financement bancaire formel pour financer leurs activités. Cette dernière deviendra plus tard en 1993 l'Alliance de Crédit et d'Épargne pour la Production (ACEP). Puis c'est à la Caisse Populaire d'Épargne et de Crédit (CPEC), devenu le CMS de démarrer en 1988 dans la région de Kaolack, sur initiative du Gouvernement sénégalais, du Ministère Français de la Coopération et du Centre International du Crédit Mutuel (CICM).

Durant la période 1993-2003, le nombre de structures est passé de 18 à 724 (MEC, GEC, etc.). Cette forte croissance du secteur a été favorisée surtout par la mise en place du Projet d'Appui aux Mutuelles d'Épargne et de Crédit au Sénégal (PAMECAS), qui a démarré ses activités en 1995, financé par l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) et exécuté par Développement International Desjardins (DID). En septembre 1998, l'Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et du Crédit au Sénégal est créée avec au total 22 caisses populaires.

Le développement du secteur s'est poursuivi entre 2003 et 2007, le nombre d'autorisations d'exercer délivrées est passé de 724 à 889. Un rapport du Ministère de l'Économie et des Finances révèle que les bénéficiaires des institutions de micro-finance sont passés de 623 000 individus en 2003 à 940 000 membres/client en 2007 répartis dans 363 points de services. L'encours des dépôts s'est situé à plus de 97 milliards et celui du crédit s'est élevé à 119 milliards au cours de la même année de 2007 [13].

Cependant, il faut noter que la répartition des Institutions de micro-finance(IMF) sur le territoire est déséquilibrée. On observe des zones de forte concentration (Dakar et Thiès : 40% des SFD) et des zones peu touchées (Diourbel, Fatick, Kolda, Matam et Tambacounda) [13].

1.1.6.1.2 Cadre institutionnel et politique de développement

Le Sénégal appartient à la zone UEMOA, dans laquelle, le secteur de la Micro-finance est régi par une loi sur les structures mutualistes d'épargne et de crédit, adoptée au niveau de chaque pays sur la base du cadre général de la législation dite loi "PARMEC", et ses décrets d'application.

L'accès aux financements pour les pauvres et les exclus du système bancaire constitue un des leviers identifiés pour la lutte contre la pauvreté. En effet, l'accès aux produits des systèmes de financement décentralisé constitue un moyen à partir duquel les besoins sociaux de base peuvent être satisfaits : santé, éducation, autonomisation des femmes [7].

1.1.6.1.3 Principaux acteurs et animateurs

Au Sénégal, la tutelle des systèmes financiers décentralisés (SFD) est assurée par le Ministère des Finances et du Plan à travers un de ses démembrements. Cependant, la promotion du secteur est dévolue au Ministère de la Famille de la Sécurité Alimentaire de l'Entreprenariat Féminin de la Micro-finance et de la Petite Enfance à travers la Direction de la Micro-finance. Les autres acteurs sont les Bailleurs de Fonds, les ONG nationales et internationales et l'Association Professionnelle des Systèmes Financiers Décentralisés. A ces acteurs, on peut ajouter les assurances et les mutuelles de santé qui peuvent développer des partenariats dans le cadre de la couverture de risques.

Au 31 décembre 2007, le secteur comptait 940 000 membres/clients dont 37% de femmes avec un taux de pénétration de 19%, 363 points de services et un montant moyen de crédit de 117 000 FCFA [13].

1.1.6.2 Mutuelles de santé

1.1.6.2.1 Historique des mutuelles de santé

Au Sénégal, depuis la toute première expérience datant de 1975 et initiée par les travailleurs de l'usine de cimenterie de la SOCOCIM de Rufisque, les mutuelles de santé ont connu une évolution croissante dans le temps et l'espace. La seconde initiative viendra des corps constitués avec la création du volet santé de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise en 1985. Il faudra cependant attendre cinq ans plus tard pour assister à la création de celle du village de FANDENE appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital S^t Jean de Dieu. Cette expérience développée en zone rurale marque une ère caractérisée par l'émergence des mutuelles de santé à base communautaire, et surtout, un effet multiplicateur des initiatives mutualistes dans la région de Thiès entre 1990 et 1993.

Jusque dans les années 1998, à la faveur des premiers organismes de promotion et d'appui aux mutuelles de santé tels que ACOPAM/BIT (appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base), c'est le début d'une large diffusion/dissémination des expériences aux autres régions. On assiste du coup, avec l'implication des organisations communautaires et surtout des corps enseignants, à une intensification du phénomène, qui

enregistre la première expérience de portée nationale avec la mutuelle des volontaires de l'éducation.

Le dernier inventaire du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, à travers les Comptes Nationaux de la santé, dénombrait en 2007, 129 mutuelles de santé recensées au Sénégal. De même, une récente étude réalisée par HYGEA en fin 2008 a permis de recenser 166 mutuelles de santé (151 de type communautaire et 15 professionnelles) dont 126 qui sont fonctionnelles (76%). L'expansion territoriale de la mutualité se poursuit dans les 14 régions que compte le Sénégal, seules Kédougou et Matam sont encore vierges [9].

1.1.6.2.2 Evolution des mutuelles de santé

A partir de 1998, avec l'arrivée d'autres structures d'appui tels que le PHR, le PROMUSAF, le BIT/STEP, la GTZ et ENDA-GRAF, accompagnée d'un engagement de plus en plus soutenu de l'Etat à travers le ministère de la santé, qui en observateur au début, accroît sa présence qui se traduit par la mise en place successive du PAMS (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé), de la CAMICS (Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de santé) puis la CAFSP (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat).

Cette évolution s'accompagne de la mise en place des premières dispositions pour encadrer et légaliser les mutuelles de santé (adoption de la loi en juin 2003). Elle s'est traduite par la même occasion par l'accélération du développement des mutuelles de santé, par exemple, dans la région de Dakar, le nombre de mutuelles passant de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans. Dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que comptait la région ont été mises en place entre 2000 et 2003. C'est durant cette période que le modèle de crédit rotatif au sein d'une mutuelle de santé a été expérimenté par la Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) en 2000 dans le cadre d'un partenariat bilatéral avec la Mutualité Chrétienne de Verviers. Cette phase a aussi vu la mise sur pied des premières expériences de couplage mutuelle de santé-microcrédit avec les initiatives entreprises avec les mutuelles de santé du réseau PROMUSAF en 2002 et la MECIB/Prévoyance Santé (caisse de l'UM-PAMECAS) en 2003. En complément à l'arsenal juridique existant, le décret d'application a été adopté en Conseil des Ministres le 27 mars 2009.

L'évolution de la mise en place des mutuelles de santé au Sénégal est présentée en quatre phases dans la figure qui suit.

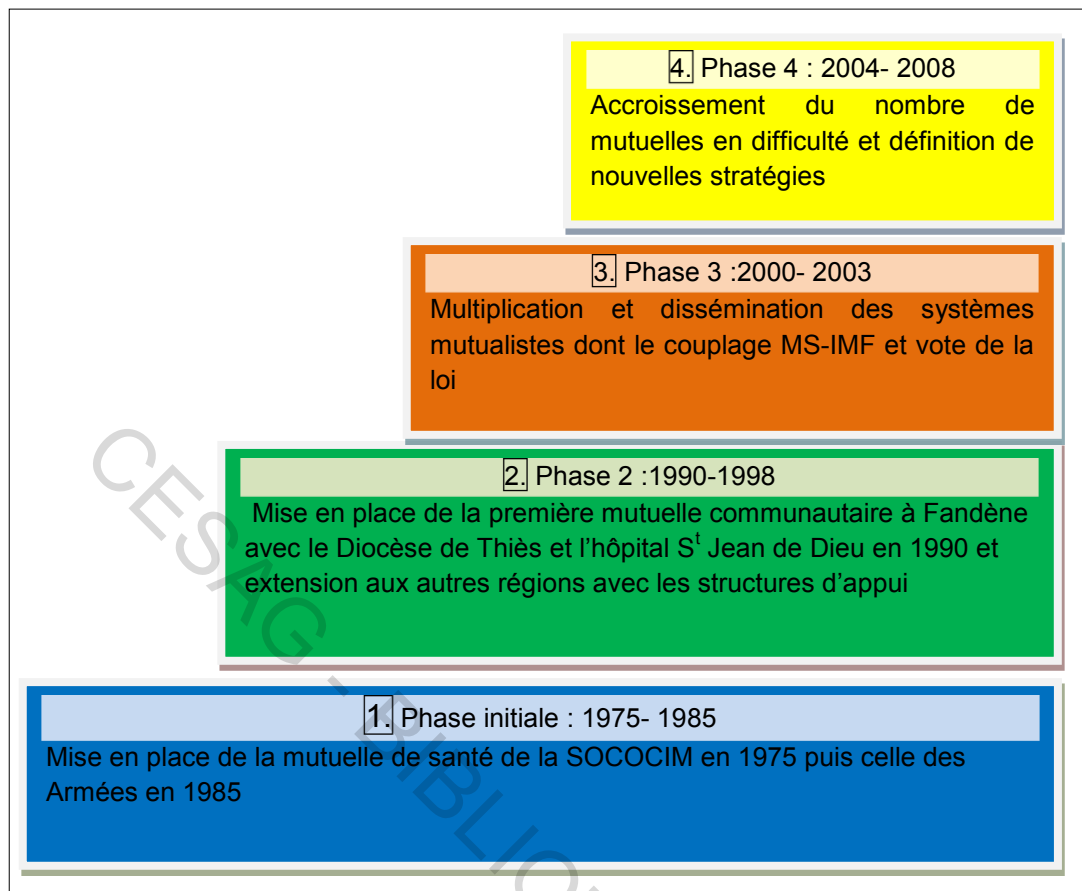


Figure 2 : Les phases évolutives de la mise en place des mutuelles [9]

1.1.6.2.3 Cadre institutionnel et politique de développement

L'Etat, à travers le Ministère de la Santé et la Prévention Médicale matérialise sa volonté politique de promouvoir le développement des mutuelles de santé par la mise en place d'un ensemble de dispositifs. D'abord, la reconnaissance juridique des mutuelles de santé à travers la loi N° 2003-14 du 04 Juin 2003 est complétée par l'adoption des décrets d'applications en conseil des Ministres du 27 mars 2009. La loi définit la mutuelle de santé comme un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment :

- 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 leurs propres services de santé.

Une loi communautaire en cours d'adoption au sein de la zone UEMOA tente d'élargir le champ d'intervention des mutuelles de santé. Il s'agira de passer des mutuelles de santé assez restrictives aux mutuelles « sociales », qui peuvent viser la couverture d'autres services. En outre, il est préconisé un appui financier systématique de la part des Etats. Ensuite, la promotion des mutuelles de santé est inscrite dans plusieurs documents de politique adoptés par l'Etat. Il s'agit principalement des documents de « Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie », du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018), du Document de Stratégie Réduction de la Pauvreté (DSRP 2, 2006-2010), de la stratégie Nationale de Protection Sociale et du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé qui inscrivent la mutualité de santé comme une priorité.

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais, au cours du PNDS 2, devra contribuer à l'extension de la protection sociale dans son volet assurance maladie. De même, la politique de développement des mutuelles de santé préconise entre autres, la promotion de partenariats avec les prestataires de soins, les systèmes financiers décentralisés, le renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité et de mettre en place des plans de communication pour la promotion des mutuelles de santé.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale participe à l'amélioration de l'environnement institutionnel par le biais de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat (CAFSP). Celle-ci bénéficie aujourd'hui d'un appui institutionnel direct durant quatre ans, à travers la coopération bilatérale avec la mise en place du Programme d'Appui à la Micro-Assurance Santé (PAMAS). A côté de la tutelle, d'autres acteurs viennent en renfort pour promouvoir et développer la mutualité. Il s'agit principalement :

- des agences de coopération bi/multilatérale qui ont généralement des mandats très larges, au-delà de l'appui exclusif au développement des mutuelles de santé. Parmi celles-ci, on peut citer : PHR*plus* puis Abt de l'USAID, la coopération belge, la coopération allemande avec la GTZ, la coopération luxembourgeoise, le Bureau International du Travail (BIT) à travers le programme STEP.
- des ONG nationales et internationales dont la plupart interviennent dans le domaine de la santé, avec un volet consacré aux mutuelles de santé. Parmi celles-ci, on peut citer

PROMUSAF, ENDA Intermondes, ACDEV, World Vision, GRAIM, PACTE, GREEN,...

- des réseaux (association, GIE, fédération) nationaux qui sont des organisations qui s'adressent à des groupes spécifiques (FENAGIE, PAMECAS, PROFEMU,...) des syndicats (UDEN, SUDES) ou dans la plupart des cas, des structures selon la demande (les consultants, les bureaux d'étude comme le GAPM, ASADEP, GRAIM, HYGEA...).

Enfin, les cadres de concertation qui regroupent un ensemble d'acteurs dont l'Etat chargés d'alimenter la réflexion et les axes de développement de la mutualité. Ces cadres regroupent principalement l'Etat, les prestataires, les promoteurs et structures d'appui, les unions régionales ou locales. Plusieurs types d'interrelations existent entre ces différents acteurs.

1.2 Problématique

1.2.1 Présentation de la problématique

Tous les êtres humains ont droit à un accès aux soins de santé selon l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Cependant, pour une grande partie de la population dans les pays à faible revenu, cet accès est limité par : la distance importante à parcourir pour accéder aux structures de santé, le nombre insuffisant de personnel qualifié, le déficit en matériel de base ou de médicaments, la faiblesse des moyens pour payer les soins. Très souvent, les patients doivent financer eux-mêmes leur traitement, ce qui exclut d'emblée les pauvres.

Dans cette tranche de la population, les conséquences de la maladie sont souvent redoutables car elle entraîne des pertes de revenus qui peuvent être dramatiques, conduit à la vente d'actifs productifs, à l'endettement, créant une dynamique pernicieuse qui aggrave la pauvreté. Il faut faire face à ce risque économique potentiel que constitue la maladie pour les populations pauvres et conjointement pour trouver des solutions au double défi de l'amélioration de l'accès aux soins et du financement du système de santé.

Pour pallier à cette situation, plusieurs politiques ont été mises en place. C'est dans ce contexte qu'émerge la mutualité dans le secteur de la santé au Sénégal depuis la fin des années 80. Dans ce cadre, l'émergence de la mutualité se fonde sur le capital social en cours de renforcement dans les zones urbaines et rurales du pays à travers la reconfiguration des

bases sociales et cadres de solidarité, d'entraide mutuelle, et de coopération sociale, dont l'expression la plus immédiate est observée dans le foisonnement des associations socio-professionnelles, des groupements féminins, des associations socioculturelles de jeunes et des associations confessionnelles.

La création des mutuelles de santé semblait être une solution, mais on note beaucoup de difficultés. Parmi celles-ci, une adhésion insuffisante due au fait que les particularités économiques, sociales ou culturelles des adhérents potentiels ne sont pas pris en compte. Il y a également un manque d'identification des besoins prioritaires des mutualistes et une difficulté de mobilisation des ressources liée à la faiblesse du montant des cotisations, du taux de recouvrement des frais, du taux de couverture et de la capacité de marketing.

Au vu de toutes ces difficultés, des mutuelles de santé se sont associées à des institutions de micro-crédit. C'est dans ce cadre que s'inscrit la mutuelle TRANSVIE qui regroupe les transporteurs. Devant la dynamique de ces nouvelles formes d'assurance santé issues du couplage, il nous paraît important de mener une réflexion approfondie sur leur évolution et à nous poser un certain nombre de questions.

Ce type d'assurance santé a-t-il un effet sur le taux de recouvrement des cotisations ?

Est-ce que le couplage favorise l'augmentation de la base d'adhésion des membres ?

L'association micro-crédit et micro-assurance n'augmente-t-elle pas les risques que peut présenter une mutuelle de santé ?

Pour répondre à ces questions, nous allons évaluer la viabilité d'une de ces mutuelles de santé notamment TRANSVIE couplée à une institution de micro-crédit MECTRANS.

1.2.2 But

Les connaissances acquises au cours de notre formation nous ont amené à entreprendre cette étude dans le but de :

- Susciter une réflexion collective sur la contribution des mutuelles de santé issues du couplage avec les institutions de micro-crédit pour l'amélioration du bien-être des membres
- Proposer des stratégies dans la perspective de promouvoir ce type de système

L'évaluation de la viabilité de la mutuelle issue du couplage est-elle une opération indispensable qui doit être réalisée périodiquement car c'est une forme de système d'assurance santé récemment mis en place et qui commence à prendre de l'ampleur.

1.2.3 Objectifs de l'étude

1.2.3.1 Objectif général

Cette recherche, inscrite dans le cadre de la mutualisation du risque maladie au Sénégal, a pour objectif général d'étudier la viabilité d'une mutuelle de santé couplée à une institution de micro-crédit et offrant un accès aux soins de santé à une partie du secteur informel, les transporteurs.

1.2.3.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Analyser les aspects organisationnels et gestionnaires de la mutuelle sociale TRANSVIE;
2. Etudier les aspects économiques et financiers et les conditions d'attractivité des produits de TRANSVIE;
3. Définir les termes de l'association entre TRANSVIE et MECTRANS ;
4. Réaliser une analyse FFOM après avoir atteint les trois premiers objectifs.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

La mutuelle de santé peut se définir comme une volonté, un système d'assurance à but non-lucratif, formé sur la base éthique de l'aide mutuelle, de solidarité et de fond collectif pour lutter contre les risques de maladie, dans lequel les membres participent effectivement à son organisation et à son fonctionnement [4].

Une mutuelle de santé est aussi une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et par une participation communautaire, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé [6].

L'activité de **microcrédit** consiste généralement en l'attribution de prêts de faible montant à des populations (entrepreneurs) qui ne peuvent accéder aux prêts bancaires classiques. La **micro finance**, quant à elle, fait référence à l'offre de services financiers aux populations pauvres et à faibles revenus, qui ont peu ou n'ont pas accès aux services financiers bancaires, dans le but de satisfaire les besoins de leur ménage ou de leurs activités économiques et professionnelles.

Les institutions de micro-finance (IMF) s'intéressent de plus en plus à la micro assurance, pour des raisons aussi bien sociales que commerciales :

- Sociales, car le crédit et l'épargne restent impuissants à éliminer la vulnérabilité des ménages à faibles revenus, après un sinistre de faible fréquence mais de forte intensité.
- Commerciales, car le souci de mieux s'adapter à leur clientèle, et à concurrence croissante entre IMF, les incite à élargir leur gamme de produits.

Les IMF ont d'abord eu tendance à développer en interne des produits de micro assurance. Les premières garanties développées étaient simples, souvent une assurance permettait le remboursement d'un crédit en cas de décès de l'emprunteur.

Les produits de micro assurance proposés sont plus élaborés et l'assurance est un métier complexe et spécifique, la tendance actuelle est la mise en place de partenariats entre des IMF et des professionnels de l'assurance ; autrement dit, une externalisation (diversification) des produits de micro assurance. D'autant que certaines instances de réglementation, comme l'ARDA (Autorité de Régulation et de Développement de l'Assurance) encouragent les IMF à nouer des partenariats avec les assureurs professionnels.

L'étude sur la : « contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre », faite par Chris Atim est la première qui aborde à la fois l'expérience mutualiste dans les pays anglophones et francophones. Cette étude qui a porté sur 22 mutuelles de santé, dont l'âge minimum est de trois ans, examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles en Afrique de l'ouest et du centre (AOC) sur cinq variables que sont la mobilisation des ressources, l'efficacité, l'équité, l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins de santé, la pérennisation et la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

Selon l'auteur, la contribution des mutuelles de santé au financement ou à la mobilisation des ressources est très limitée (entre 2 et 4% des budgets des structures qui assurent les prestations couvertes) malgré l'existence d'un potentiel considérable. Pour ce qui est de la contribution à l'efficience et à l'équité, l'auteur affirme que les mutuelles de santé pourraient fournir une meilleure contribution à l'efficience dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé en encourageant un meilleur usage des services de prévention et de promotion. L'amélioration de l'accès aux soins pour les populations est constatée car les mutuelles de santé permettent aux personnes du secteur informel urbain et rural, qui profitent peu des soins prodigués par l'Etat, d'avoir un meilleur accès aux services de santé. Quant à la contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de la qualité des soins, il faut dire qu'à cause de leur petite taille et de leur jeunesse, les mutuelles ne peuvent pas négocier d'égal à égal avec les prestataires de soins rendant faible le contrôle sur la qualité des soins.

Pour ce qui est de la contribution à la pérennité et à la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé, il faut dire que la pérennité des soins n'a pas pu être étudiée du fait de la jeunesse de ces mutuelles en général. Par contre la gouvernance démocratique peut être affirmée car selon l'auteur, cela constitue l'un des apports les plus importants des mutuelles au secteur de la santé de leurs pays. L'intérêt de cette étude d'Atim est qu'elle a abordé l'ensemble des aspects liés aux mutuelles de santé même si, selon l'auteur, la sélection des études de cas a pu être biaisée par la faible disponibilité des informations.

Le rapport sur le partenariat mutuelles de santé et institutions de micro-finance « étude de cas sur les expériences du Sénégal » de Gningue Papa Senghane en 2009 conclu qu'au stade actuel du développement des mutuelles de santé au Sénégal, les résultats enregistrés de manière globale montrent des signes de fragilité des systèmes communautaires qui peinent surtout dans les stratégies de collecte des cotisations. Le passage du paiement cash de la

cotisation au paiement par l'intermédiaire d'un système de crédit suscite beaucoup d'intérêt de la part des mutualistes. De même, le secteur de la micro-finance éprouve un intérêt à la fois commercial et social à diversifier ses services aussi bien financiers que non financiers. Ce dernier type de service même s'il entre dans un cadre moins lucratif, joue en faveur des systèmes financiers décentralisés(SFD), de par son caractère motivant et de fidélisation auprès des sociétaires qui se voient ainsi dotés d'un système de protection au plan social avec la mise en place d'une mutuelle de santé. En retour, la mise en place de système de couverture de risque maladie permet aux clients/mutualistes des SFD d'éviter un éventuel détournement du crédit. Par ce double intérêt mutuel dans les deux sens entre les mutuelles de santé et les SFD, des schémas de partenariat gagnant-gagnant sont envisagés de plus en plus aussi bien au Sénégal que dans les autres pays.

En définitive, une synergie centrée sur la cible qui se trouve être commune aux deux entités présente des avantages certains surtout pour les mutuelles de santé qui apparaissent comme les plus vulnérables. Les SFD qui se positionnent dans la stratégie de réseautage présentent les meilleures dispositions en termes de compétitivité et d'autonomie financière. Ils sont à même de soutenir efficacement tout système de partenariat avec une micro-assurance santé. Au regard des avancées enregistrées dans ce sens avec la nouvelle réglementation des SFD, des perspectives intéressantes sont envisagées pour les mutuelles de santé qui peuvent ainsi trouver des institutions solides sur lesquelles s'adosser [9].

Kaba Madigbe en 2003, dans son étude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : « cas de l'association Ndadje des femmes de Yeumbeul sud » montre que ces femmes exerçant pour la plupart dans le secteur informel, sont capables de faire face à leurs cotisations. L'association à l'institut de micro-crédit est un atout facilitant les négociations entre prestataires et mutualistes. Elle conduit à une volonté manifeste des prestataires à vouloir signer une convention.

Anoh Y.K. Serges en 2004, dans son mémoire sur une étude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé intitulée : « cas de la mise en place d'une mutuelle de santé pour trois mutuelles de crédit en Côte d'Ivoire » en 2004 retrouve que l'adhésion de 45,7% des membres de la mutuelle de crédit au niveau de la mutuelle de santé permet une prise en charge de 70% des soins ambulatoires et 100% des soins hospitaliers.

Sall Fatimata Coumba en 2008, dans son évaluation de la viabilité de mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de micro-finance : « étude de cas de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS », montre que le caractère particulier du couplage est un atout dans la mesure où dès le début des activités, les frais de gestion et les frais techniques ont été pris en charge par la fondation de l'UM-PAMECAS qui va continuer jusqu'à ce que la mutuelle soit considérée comme autonome.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

CHAPITRE 3 : CADRE DE L'ETUDE

3.1 La mutuelle sociale TRANSVIE

Le siège de la Mutuelle Sociale TRANSVIE est située à HLM angle Mousse n°3063. Elle repose sur les principes suivants : la solidarité, le fonctionnement démocratique et participatif, le but non lucratif, l'autonomie et la liberté dans le respect des lois, la responsabilité et la dynamique d'un mouvement social.

3.1.1 Historique

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficiaient d'aucune couverture d'assurance maladie, une forme d'exclusion qui rendait plus précaire leur statut et celui de leurs familles.

Des pratiques étaient développées face à ces risques. Les travailleurs du secteur étaient rassemblés en regroupements sur une base corporatiste et ayant pour caractéristique commune de mettre en œuvre des principes de solidarité reposant sur différents principes de collecte de taxes ou de quêtes. Ces pratiques sont souvent le seul moyen de faire face à des situations d'urgence. Cependant leur niveau de développement est très variable selon les regroupements. Il était alors nécessaire de mettre en place un système de protection sociale qui devra utiliser ces pratiques développées par les regroupements afin de proposer un produit d'assurance santé offrant une meilleure garantie et un niveau de prise en charge plus important.

Face à cette situation, 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), 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.

3.1.2 Cadre institutionnel

L'étude de faisabilité ainsi que la mise en œuvre du projet ont été réalisées sous le pilotage du Comité National du Dialogue Social (CNDS) qui avait notamment pour objectif de faciliter la réalisation d'un consensus autour de problèmes majeurs de société, favoriser une compréhension commune des objectifs et des politiques et une collaboration renforcée des acteurs que sont l'État et les partenaires sociaux. L'extension de la protection sociale en concertation avec les syndicats des travailleurs et les syndicats patronaux du secteur des transports routiers, sous la responsabilité et le contrôle du Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi, du Travail et des Organisations Professionnelles (Ministère assurant la tutelle de la politique de protection sociale au Sénégal) s'inscrit dans cette stratégie.

Ces activités ont été menées avec l'appui du Bureau sous régional de l'OIT de Dakar à travers le programme STEP du BIT. Ce programme intervient en Afrique de l'Ouest, notamment au Sénégal, depuis 2000 avec pour but de contribuer à la réduction de la pauvreté et la promotion du travail décent par des stratégies novatrices d'extension de la protection sociale.

Avec le CNDS et le BIT/STEP, plusieurs acteurs sont intervenus dans la mise en œuvre: les ministères techniques en charge de la protection sociale, de la santé et des transports ; les organisations de travailleurs des transports routiers : les syndicats SNTTRS, SNTTRS-FC, le syndicat des travailleurs de l'AFTU, les organisations d'employeurs du secteur des transports, notamment les employeurs membres des GIE de l'AFTU.

3.1.3 Fonctionnement et administration de TRANSVIE

Les organes qui composent la Mutuelle Sociale des transporteurs sont : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA) et le Conseil de Surveillance (CS) et la direction générale qui s'occupe de la gestion quotidienne.

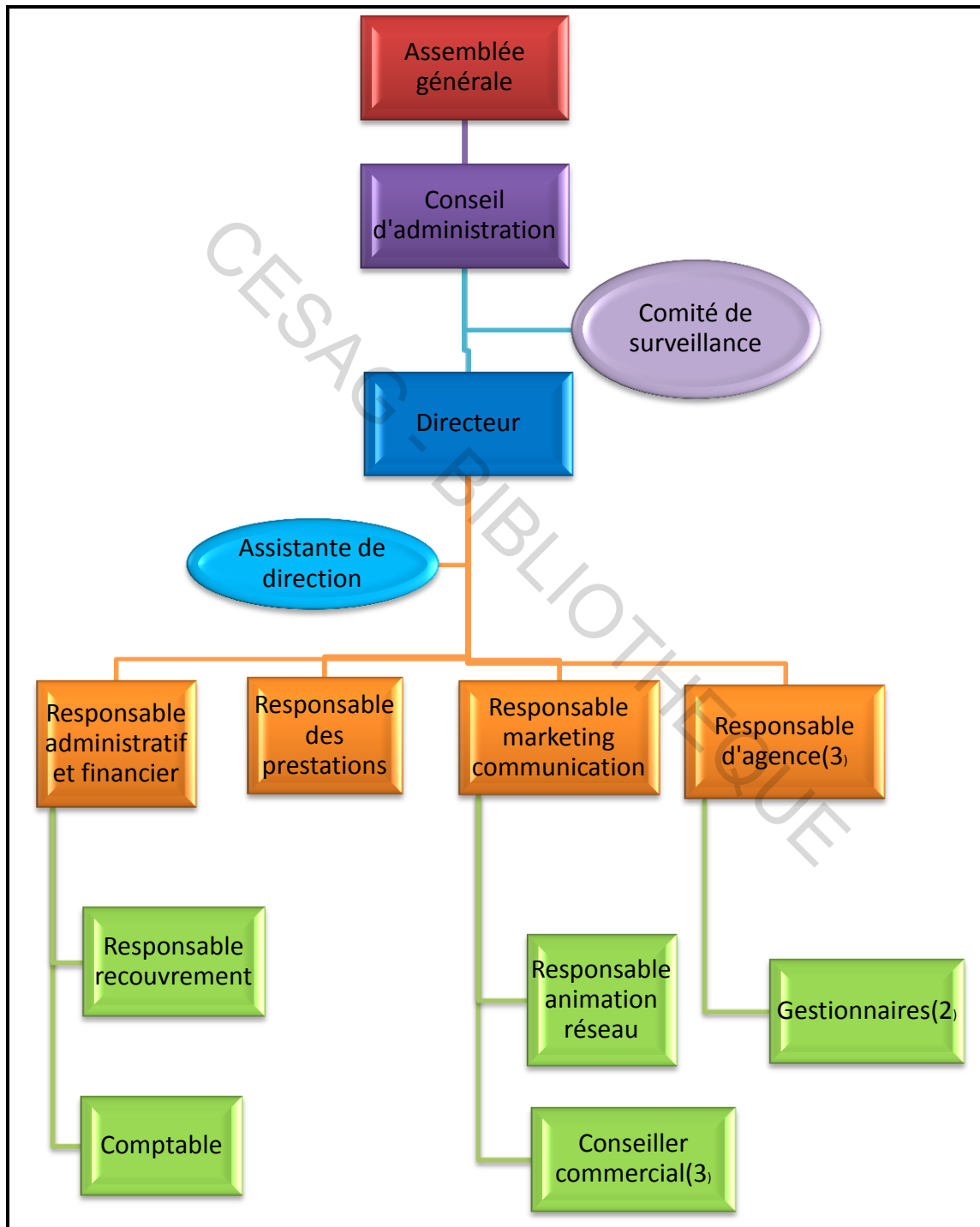


Figure 3 : Organigramme de la direction générale de TRANSVIE

L'Assemblée Générale est l'instance suprême. Elle est composée des délégués issus des sections locales, des membres d'honneur et des partenaires de la mutuelle. Elle se réunit une fois par an en session ordinaire. Des sessions extraordinaires sont convoquées chaque fois que le besoin est exprimé sur proposition du conseil d'administration, du conseil de surveillance ou à la demande de 2/3 des membres de l'AG. Seuls les délégués des sections ont voix délibératives.

Le Conseil d'Administration assure la gestion de la mutuelle et la mise en œuvre de ses programmes et de ses budgets. Ses activités sont consignées dans un rapport présenté à l'Assemblée Générale. Il peut déléguer sous sa responsabilité et son contrôle une partie de ses pouvoirs. Le Conseil d'Administration peut déléguer ses prérogatives de gestion à « un Centre de Gestion » qui est sous sa responsabilité. Cette dernière s'appuie sur les Cellules techniques au niveau local.

Le Conseil de Surveillance 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.

3.1.4 Les membres de la mutuelle

La Mutuelle est composée de trois types de membres à savoir : les adhérents, les participants et les membres d'honneur.

L'adhésion à TRANSVIE peut se faire par groupe ou individuellement. L'adhérent 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.). La personne morale doit comporter un nombre minimum de cinq (05) membres.

Pour adhérer à la mutuelle sociale TRANSVIE, il faut accomplir les formalités suivantes:

- Adresser une demande d'adhésion au Président du Conseil d'Administration;
- Signer un contrat d'adhésion personne morale ;
- Fournir une copie des textes de base de la structure ;
- Fournir la liste actualisée des membres de la structure ;
- Payer un droit d'adhésion pour chaque membre. Le montant est fixé à 1000 FCFA.

Les adhérents doivent payer pour eux et leurs personnes à charge une cotisation mensuelle dont le montant est fixé à 7200 FCFA par famille.

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.

Tout nouveau bénéficiaire doit subir une période d'observation de deux (02) mois.

TRANSVIE prend en charge les membres bénéficiaires en règle suivant un système de tiers payant. Les bénéficiaires de la mutuelle ont droit aux soins dans toutes les formations sanitaires conventionnées sur toute l'étendue du territoire national.

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.

3.1.5 Organisation financière

Les opérations financières de la Mutuelle font l'objet d'un budget annuel équilibré en recettes et en dépenses, préparé par le Directeur du Centre de Gestion, adopté par le Conseil d'Administration et voté par l'Assemblée Générale.

Le contrôle interne des Sections Locales est effectué par le Comptable de la mutuelle aidé par des assistants comptables.

Les cotisations dues et non payées par les membres participants donnent lieu en fin d'exercice à l'établissement d'un mémorandum et à la confection d'un état spécial accompagnant le bilan. Le mémorandum est adressé au président du Conseil d'Administration qui le soumet à l'analyse de l'Assemblée Générale. Les états financiers de la mutuelle (compte de résultat, bilan et états annexés) sont établis par le Centre de Gestion au 31 Décembre de chaque année et présentés au conseil d'Administration.

3.1.6 Convention TRANSVIE-MECTRANS

La mutuelle sociale TRANSVIE a établi une collaboration avec une structure spécialisée dans le financement du transport en l'occurrence MECTRANS, qui est spécialisée dans le financement en apport personnel pour l'obtention de véhicules dans le programme de rénovation du parc automobile des transports. Ce partenariat s'est traduit par la signature d'une convention entre les responsables des deux structures le 15 mai 2008 (Annexe 2).

3.2 MECTRANS

3.2.1 Historique

Dans le cadre du renouvellement des « cars rapides » l'Etat du Sénégal et la Banque Mondiale ont initié ce programme qui concernait une phase de test avec 505 minibus à travers l'AFTU alors que le parc a été estimé à 2 558 véhicules. Ainsi il a été demandé à chaque transporteur propriétaire intéressé par le renouvellement d'apporter sur fond propre 25% du coût d'acquisition du minibus soit 5 300 000, le reste c'est-à-dire le 75% soit 15 900 000 sont financés sous forme de crédit-bail par la Banque Mondiale (IDA) par l'intermédiaire l'AFTU (Etat du Sénégal). C'est ainsi que les transporteurs ont mis sur pied une mutuelle d'épargne et de crédit dénommés MECTRANS qui a reçu son agrément le 31 janvier 2006 par décret du Ministre de l'Economie et des Finances sous le numéro N° DK 01-06-00440.

3.2.2 Principes fondamentaux

Parmi les principes de la MECTRANS on peut retenir : la libre adhésion des membres, un homme une voix, la participation des adhérents appelés sociétaires à la gestion de la Mutuelle ; ils sont à la fois propriétaires et clients.

La MECTRANS a pour but de :

- Accompagner les transporteurs vers la modernisation de secteur,
- Faire jouer l'esprit de solidarité entre les membres de la mutuelle en cas problème ou de sinistre,
- Faire en sorte que le coût du crédit soit soutenable pour tous les membres,
- Générer d'autres produits pour faire face aux importantes charges de fonctionnement.

3.2.3 Organisation : gestion et administration

A l'instar des autres institutions mutualistes, la mutuelle d'épargne et de crédit des transporteurs est dirigée par l'assemblée générale qui est l'organe suprême, du Conseil d'Administration, du Comité de Crédit et du Conseil de Surveillance. La gestion quotidienne est assurée par le personnel technique.

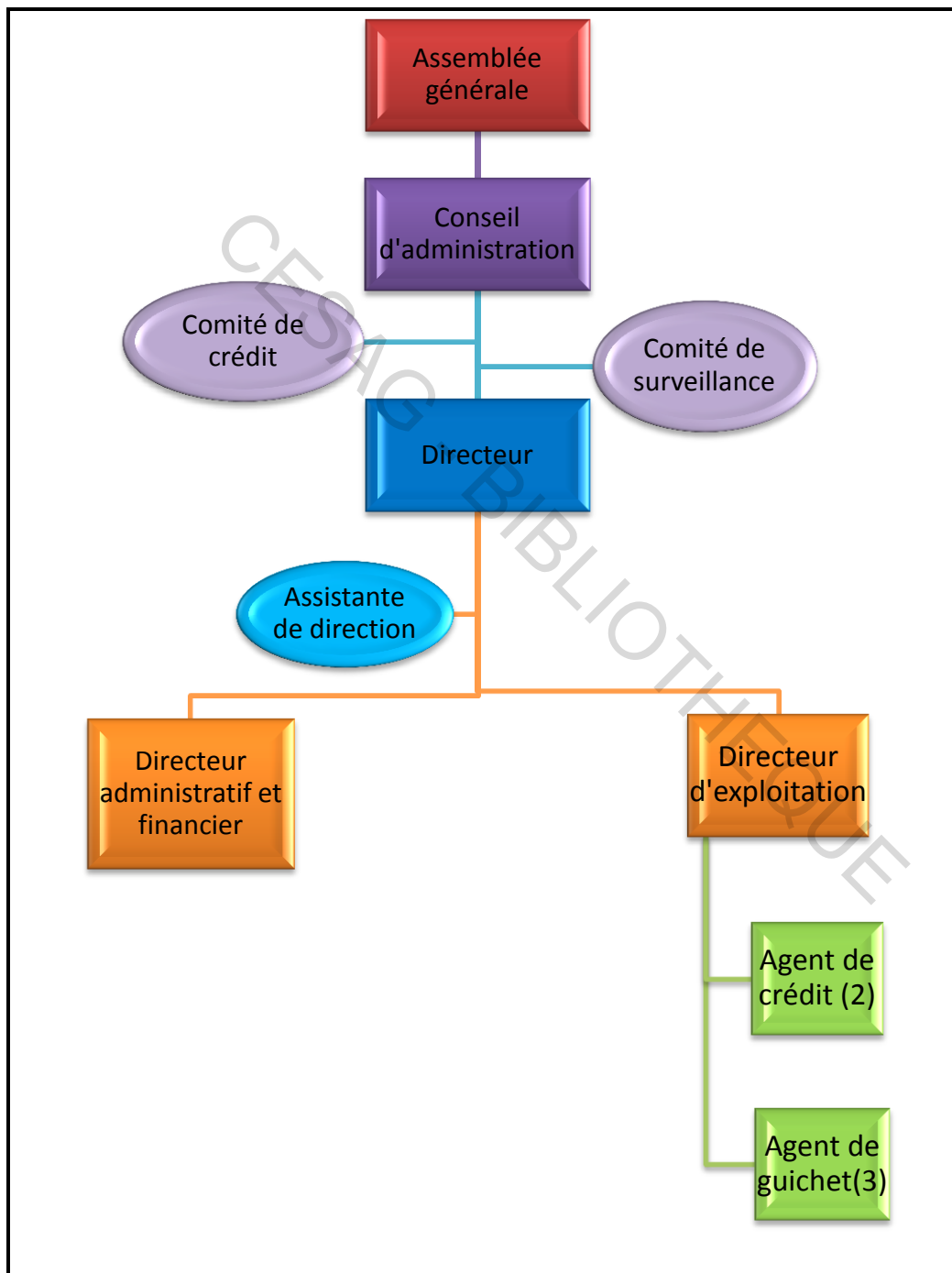


Figure 4 : Organigramme de MECTRANS

3.2.4 Les membres

Peuvent adhérer à cette mutuelle les personnes physiques ou morales jouissant de tous leurs droits civils et civiques, détentrice d'un agrément de transport ou exerçant une activité économique légale liée au transport. Mais ne seront considérés comme sociétaires que les personnes physiques et morales qui ont sollicité leur adhésion et qui ont :

- Souscrit une part sociale de cinquante mille (50 000) francs CFA pour les transporteurs
- Payé des droits d'adhésion de vingt-cinq mille (25 000) pour chaque adhérent ;
- Accepté de respecter les statuts et règlements intérieurs de la mutuelle d'épargne et de crédit des transporteurs.

Les produits de crédit, la MECTRANS accorde des crédits ordinaires à court terme destinés surtout à financer les besoins personnels urgents, le fonds de roulement. Elle accorde des crédits apport personnel destiné au financement de l'apport personnel pour le programme de renouvellement du parc. Enfin, la MECTRANS finance le crédit d'investissement destiné au financement de l'acquisition du véhicule.

Les conditions d'éligibilité pour bénéficier d'un prêt sont :

- être membre de la mutuelle depuis au moins trois mois
- être de bonne moralité, à ce titre, une enquête sera menée dans certains cas par les agents de la mutuelle pour mieux connaître le membre
- être majeur et jouir des droits civiques
- domiciliation des recettes de son activité
- disposer dans son compte au moins 20% du crédit sollicité
- avoir remboursé intégralement ses prêts antérieurs
- être membre de la mutuelle sociale TRANSVIE
- accepter les clauses du contrat de prêt

3.2.5 Les opérations de crédit

Le transporteur déclaré éligible par son GIE est orienté à la MECTRANS où un agent de crédit vérifie l'éligibilité et y associe une souscription à la couverture maladie de TRANSVIE. Le dossier est soumis au comité de crédit qui le valide et autorise la signature de contrat avec un ordre de virement vers TRANSVIE.

Il est possible d'accorder plusieurs crédits à un même client.

MECTRANS en est à sa troisième pour le renouvellement du parc automobile. Le nombre de véhicules et le montant des mensualités à payer sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Phase	Nombre de véhicules	Marque du véhicule	Prix du véhicule	Mensualités	Durée du crédit
1	505	TATA LP 613	5 300 000 FCFA	140 896 FCFA	54 mois
2	402	KING LONG	5 200 000 FCFA	113 060 FCFA	60 mois
3	700	TATA LP 913	4 660 000 FCFA	105 020 FCFA	60 mois

Tableau 1 : Phases de renouvellement du parc automobile

Tous les crédits de la première phase ont été soldés sauf deux qui sont en cours de paiement.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Notre étude qui porte sur l'évaluation de la viabilité de la mutuelle issue du couplage TRANSVIE-MECTRANS a été réalisée selon la démarche suivante. Nous avons entrepris des démarches auprès de TRANSVIE et MECTRANS, ainsi nous avons :

- Pris contact avec les dirigeants de ces institutions
- Fait une analyse des documents
- Elaboré le protocole de recherche
- Confectionné le guide d'entretien

4.1 Stratégie de recherche

Compte tenu du fait que la mutuelle a été implantée en 2008, nous avons opté pour l'étude longitudinale notamment l'analyse des tendances. Cette méthode consiste à comparer les ratios à différentes dates pour apprécier l'évolution de la situation financière de la mutuelle de santé notamment :

- Collecte des ressources
- Mise en commun des ressources
- Couverture des soins de santé

4.2 Variables et indicateurs d'évaluation

Objectifs spécifiques	Variabiles nécessaires	INDICATEURS D'EVALUATION	Méthodes
1. Analyser les aspects organisationnels de TRANSVIE : VIABILITE INSTITUTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre institutionnel • Relation avec les prestataires • Tenue des réunions • Appui des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre institutionnel et technique • Nombre de structures d'appui en relation avec la MS • Existence d'un système de contrôle • Relation avec les autorités locales et autres • Relations avec les prestataires • Relation avec les structures d'appui 	Revue documentaire : statut et règlement intérieur
2. Analyser les aspects gestionnaires de TRANSVIE : VIABILITE FONCTIONNELLE ET TECHNIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Dynamique des adhésions • Compétence des gestionnaires • Mode de gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du nombre des adhésions et des bénéficiaires • Taux de croissance des adhésions (T1) • Taux de croissance des bénéficiaires (T2) • Taux de fidélisation (T3) • Taux de pénétration (T4) • Mode de gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • $T1 = [A(N) - A(N-1)] \times 100 / A(N-1)$ • $T2 = [B(N) - B(N-1)] \times 100 / B(N-1)$ • $T3 = A(N) \times 100 / A(N-1)$ • $T4 = B(N) \times 100 / \text{Population cible}$
3. Etudier les aspects économiques et financiers et les conditions d'attractivité des produits de Transvie : VIABILITE FINANCIERE ET ECONOMIQUE	Gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de recouvrement des cotisations (T5) • Evolution des cotisations • Evolutions des dépenses • Ratio de liquidité immédiate • Ratio de couverture des charges • Ratio de solvabilité • Ratio des cotisations acquises/charges • Ratio de sinistralité • Ratio des frais de fonctionnement brut • Répartition des dépenses de prestation/acte 	<ul style="list-style-type: none"> • $T5 = CP \times 100 / CE$ <p>Revue documentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Service financier et comptable - Service marketing et commercial
4. Analyser les différents facteurs découlant de cette association		Analyse FFOM	Revue documentaire :

$$T1 = \frac{\text{Adhérents (N)} - \text{Adhérents (N-1)}}{\text{Adhérents (N-1)}} \times 100 \quad T1 > 0$$

$$T2 = \frac{\text{Bénéficiaires (N)} - \text{Bénéficiaires (N-1)}}{\text{Bénéficiaires (N-1)}} \times 100$$

$$T3 = \frac{\text{Adhérents(N)}}{\text{Adhérents (N-1)}} \times 100$$

$$T4 = \frac{\text{Bénéficiaires (N)}}{\text{Population cible}} \times 100$$

$$T5 = \frac{\text{Cotisations perçues}}{\text{Cotisations émises}} \times 100$$

4.3 Méthode d'investigation

4.3.1 Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée à la mutuelle sociale des transporteurs TRANSVIE.

4.3.2 Méthode de collecte des données

Nous avons procédé à :

- une revue documentaire pour apprécier l'état de connaissance des mutuelles de santé couplées aux institutions de micro finance, sur les indicateurs socio-sanitaires, sur la politique sanitaire actuelle.
- une enquête par guide d'entretien pour analyser la viabilité liée à l'environnement de la mutuelle de santé, le mode d'organisation et de gestion, évaluer la viabilité financière et institutionnelle.

4.4 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions retenus pour cette étude sont :

- La mutuelle est issue du couplage micro assurance santé et micro finance
- Le démarrage récent des activités en 2008 qui va permettre de faire une évaluation à court terme
- La mutuelle de santé répond aux cinq critères de définition qui sont : la solidarité entre les membres, la prévoyance de la maladie, l'autonomie dans la gestion, le bénévolat et la non lucrativité.

4.5 Méthode d'analyse des données

Nous allons calculer les différents taux et ratios et comparer avec les normes et/ou les taux de la moyenne nationale, analyser les courbes et les tableaux qui vont nous permettre de voir les principaux facteurs explicatifs de la viabilité de la mutuelle de santé et d'analyser les liens qui existent entre les différentes variables.

4.6 Outil d'analyse des données

Logiciel Microsoft Excel

4.7 Limites

Il faut souligner des difficultés liées à la collecte de l'information. Surtout des informations ayant trait au ratio et à la viabilité économique de 2009 et 2010.

L'exploitation de ces données aurait permis de vérifier et de comparer avec les observations faites avec les données de 2011.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 5 : RESULTATS, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Nous présentons les résultats de notre étude ainsi que l'analyse qui en découle.

5.1 Résultats

5.1.1 Viabilité institutionnelle

L'analyse de la viabilité institutionnelle réfère au cadre institutionnel, aux relations de la mutuelle avec les autorités sanitaires locales, avec les prestataires et les structures d'appui.

5.1.1.1 Cadre institutionnel

La mutuelle sociale des transporteurs est régie par un statut et un règlement intérieur.

Le couplage avec MECTRANS a eu lieu le 15 mai 2008.

5.1.1.2 Structures d'appui en relation avec la Mutuelle de santé

La mutuelle TRANSVIE compte plusieurs partenaires : le Ministère du transport, le Ministère du travail, le Ministère de la santé, MECTRANS, PAMAS, Comité National du Dialogue Social (CNDS), MS/PAMECAS, DYNAMIC, AFTU, BIT, CTB, CETUD, Mutuelle Bleue.

Le BIT a octroyé un financement de 18.450.000 FCFA lors de la phase d'installation. Lors de la fin du programme STEP, le BIT a légué tous son mobilier à TRANSVIE.

La CTB a fourni un appui logistique notamment l'équipement de l'agence de Touba.

Le CETUD grâce à son programme de renouvellement du parc automobile rend obligatoire l'adhésion à la mutuelle.

Le Ministère de la santé est pour TRANSVIE, un organe régulateur.

TRANSVIE est jumelée à la Mutuelle Bleue en France avec qui elle entretient des échanges fructueux qui lui permettent de développer ses différentes activités.

5.1.1.3 Relation avec les autorités locales

Les autorités locales (collectivités locales des zones d'implantation) ne sont pas impliquées dans le fonctionnement de TRANSVIE mais elles sont invitées lors des activités de la mutuelle.

5.1.2 Viabilité technique

L'analyse de la viabilité technique réfère aux paramètres de la qualité du portefeuille de risques et aux paramètres de la gestion des garanties.

L'évaluation de la viabilité technique porte sur la compétence gestionnaire et les mécanismes mis en place pour juguler les principaux risques qui peuvent compromettre le fonctionnement normal d'une mutuelle de santé.

5.1.2.1 La compétence gestionnaire

Elle renvoie à la compétence des dirigeants en matière de gestion des organisations mutualistes. Elle peut être appréciée au niveau de leur qualification et de leur formation continue et initiale. Ceci est d'autant plus important pour la bonne gestion de la mutuelle, en effet s'ils ont reçu une formation adéquate, ils auront la capacité de prendre des mesures face aux éventuels risques que présentera la mutuelle.

Au niveau de TRANSVIE le recrutement se fait en fonction du développement des activités et à partir d'une base de données. Le candidat s'entretient ensuite avec le directeur général puis le conseil d'administration. S'il est retenu, il effectue un stage rémunéré à 50 000FCFA/mois plus une carte de transport gratuit sur le réseau AFTU et pourra prétendre à un contrat à durée déterminée.

Le niveau d'études des agents est Bac+3.

L'évolution du nombre d'employés est présentée dans le tableau suivant.

Année	2008	2009	2010	2011	2012
N.E	4	9	9	11	15

Tableau 2 : Evolution du nombre d'employés

5.1.2.2 Les modalités d'adhésion

L'adhésion à la mutuelle sociale TRANSVIE peut se faire par groupe ou individuellement. L'adhérent doit être au préalable une personne morale : (un GIE, d'une association, d'un syndicat, un garage de taxis, une petite entreprise, une organisation professionnelle, un groupe d'entraide, etc.).

L'adhésion d'une personne morale évoluant dans le secteur des transports routiers ouvre directement le droit de participation à tous ses membres qui le désirent à la Mutuelle Sociale. Ceux-ci doivent remplir les conditions suivantes :

- Remplir une fiche d'adhésion
- Payer le droit d'adhésion pour chaque membre de 1000 FCFA.
- Fournir deux photos pour l'adhérent et deux photos de chacune des personnes à charge.

Les dossiers d'adhésion sont réceptionnés par les Cellules Techniques qui procèdent à leur examen avant de les soumettre à la ratification par les Comités de Sections Locales.

Tout nouvel adhérent est immédiatement immatriculé par un code, il reçoit une carte de membre et doit acheter un carnet à 1000 FCFA (le duplicata du carnet coûte 2000 FCFA)

L'adhésion est obligatoire pour tous les membres bénéficiant d'un crédit au niveau de MECTRANS. Ce type d'adhésion augmente le taux de croissance des adhésions et sécurise le versement des cotisations.

- **Le nombre moyen de personnes à charge par adhérent.**

Tout membre participant a la possibilité de prendre en charge au maximum six (06) personnes à charge. Peuvent être personnes à charge, les individus suivants : les conjoints (es) et les enfants âgés de moins de 21 ans.

Les adhérents doivent justifier de leur état-civil au moment de leur enregistrement. Ils doivent informer leur section locale de toute modification intervenue dans la composition familiale.

Chaque personne supplémentaire à la taille indiquée peut être acceptée sous réserve d'une demande adressée au président du conseil d'administration. Le membre participant devra verser pour chaque personne supplémentaire 1200 FCFA.

- **La période d'adhésion**

Les adhésions sont possibles durant toute l'année.

- **Le montant des cotisations**

La cotisation est de 7 200 FCFA/mois/ adhérents. Le propriétaire du véhicule, en plus de sa cotisation verse 2 200 FCFA pour chacun des deux travailleurs de son bus (le chauffeur et le receveur) à titre de part patronale. Ces derniers verseront quant à eux 5 000 FCFA/mois.

La cotisation pour les soins en clinique est de 12 800 FCFA/mois/adhérents en plus de la cotisation de 7 200.

La cotisation pour la PROTECTION HOSPI est de 1000 FCFA/mois/adhérent.

La cotisation pour EVASAN est de 15 000 FCFA/an/ bénéficiaire.

- **La période probatoire ou d'observation**

Tout nouveau bénéficiaire doit subir une période d'observation de deux (02) mois, c'est-à-dire une période pendant laquelle il verse sa cotisation mais ne bénéficie pas encore des prestations.

5.1.2.3 Les paramètres de la gestion des garanties

Ces paramètres sont : le type de services de santé couverts, l'existence de co-paiements, la référence, les mécanismes de paiement des prestataires.

- **Le type de services de santé couverts**

Le paquet de soins offerts comprend :

- La consultation de médecine générale et préventive
- La consultation de médecine spécialisée
- L'accouchement
- Les examens complémentaires
- L'hospitalisation
- Les médicaments génériques

Ces soins sont délivrés au niveau des structures sanitaires conventionnées : hôpitaux, centres de santé, pharmacie et récemment cliniques. Les structures sont pour la plupart à Dakar mais également dans les régions comme Thiès, Mbour, Diourbel, Touba, Kaolack.

En plus du paquet de soins classique, d'autres produits sont offerts :

- La prise en charge dans une clinique ; celle-ci est obligatoire pour tous les propriétaires de deux véhicules
- La PROTECTION HOSPI qui est une indemnité journalière de 2500 FCFA/ jour en cas d'hospitalisation d'un des membres de la famille couvert par TRANSVIE
- L'EVASAN qui offre un transfert médical vers une structure médicale marocaine.

- **Schéma d'accès aux prestations**

L'accès aux services offerts se fait suivant un itinéraire défini par TRANSVIE.

Les bénéficiaires peuvent accéder aux prestations couvertes par la Mutuelle selon les conditions suivantes :

- avoir terminé la période d'observation ;
- être à jour de ses cotisations,
- disposer de sa carte de membre à jour.

Seuls les examens prescrits par un Agent de santé et réalisés dans les formations sanitaires conventionnées sont pris en charge par la mutuelle.

- **L'existence de co-paiements**

La Mutuelle Sociale TRANSVIE prend en charge les membres bénéficiaires en règle suivant un système de tiers payant.

Le taux de prise en charge varie en fonction des structures de santé. Il est de :

- Hôpitaux : 90%
- Centres de santé : 70%
- Pharmacies privées : 30%
- Cliniques : 80%, mais pour l'accouchement 50%
- Evacuation sanitaire : prise en charge médicale à 100%, billet d'avion pris en charge à 80%.

Le montant des cotisations ainsi que la gamme des prestations couvertes peuvent être modifiées en fonction de l'évolution des indicateurs de performance de la Mutuelle.

- **La référence**

Les bénéficiaires de la mutuelle ont droit aux soins dans toutes les formations sanitaires conventionnées sur toute l'étendue du territoire national.

- **Relation avec les prestataires.**

TRANSVIE entretient de très bonne relation avec les prestataires qu'elle rencontre une fois par an. Les relations entre TRANSVIE et les prestataires sont cruciales pour la viabilité de la mutuelle. Elles sont matérialisées sous forme de conventions. Ce sont des accords conclus entre prestataires de soins et la mutuelle de santé comprenant la définition des services couverts, le tarif applicable, les modes de paiement et la garantie des soins de qualité.

Les prestataires prennent en charge les bénéficiaires sur présentation du carnet ou de la carte de membre avec photo paraphée en cours de validité et d'une lettre de garantie en cours de

validité. Ils doivent prescrire aux malades des mutuelles de santé des médicaments sous leur forme générique en première intention. Ils donnent ensuite des factures détaillées par rapport aux actes fournis.

Le nombre des prestataires a évolué depuis 2008 ; il est présenté dans le tableau ci-dessous.

2008	2009	2010	2011	2012	
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 KhadimRassoul	CS Darou Marnane	CS KhadimRassoul	2
H Albert Royer	H Albert Royer	CS Roi Baudoin	CS KhadimRassoul	CS Roi Baudoin	3
H Fann	H Fann	H Albert Royer	CS Matlab. Fawzéni	H Albert Royer	4
H Pikine	H Pikine	H Fann	CS Roi Baudoin	H Fann	5
H Y. Mbargane	H Y. Mbargane	H Pikine	H Albert Royer	H Pikine	6
HALD	HALD	H Y. Mbargane	H Ndamatou	H Y. Mbargane	7
HOGGY	HOGGY	HALD	H Fann	HALD	8
	HPD	HOGGY	H Pikine	HOGGY	9
	Polyclin. Golf Sud	HPD	H R Louga	HPD	10
	SAMU Municipal	Polyclin. Golf Sud	H R Thiès	Polyclin. Golf Sud	11
		SAMU Municipal	HALD	SAMU Municipal	12
			HOGGY	Clinique croix bleue	13
			HPD	Clinique Keur Marie	14
			Polyclin. Golf Sud	Clinique Hoballah	15
			SAMU Municipal	Clinique SOS Dentiste	16
				Clinique Urgences cardio	17
				Clinique IMMODSEN	18
				MAROC	19

Tableau 3 : Evolution du nombre de prestataires

Au regard de ce tableau, nous remarquons que le nombre de prestataires conventionnés avec la mutuelle de santé a considérablement augmenté passant de 8 en 2008, 12 en 2010 et 19 en 2012.

Cette diversité des prestataires conventionnés améliore l'accessibilité géographique aux soins et constitue une source de motivation pour les transporteurs à venir adhérer à la mutuelle.

Le contrat passé avec les prestataires vise à améliorer l'accessibilité financière des bénéficiaires de la mutuelle de santé par la conclusion de clauses avantageuses relative à la réduction du ticket d'entrée, des tarifs et au mode de paiement au niveau des structures sanitaires.

Cependant un problème de référence se pose car les bénéficiaires choisissent librement la structure sanitaire où ils désirent se rendre.

- **Les mécanismes de paiement des prestataires**

Les factures des prestataires sont établies sur la base des prestations effectuées et qui sont justifiées par les attestations de soins. Les factures des différentes prestations offertes doivent être présentées au plus tard le 10 de chaque mois portant : la date, le service, le numéro de code, les soins offerts et leurs tarifs. Une vérification des factures est faite en se référant aux conventions signées avec les prestataires. Cependant on note que les factures des prestataires accusent des retards dans la transmission à la mutuelle de santé. Les pharmacies sont payées deux à cinq jours après la réception de leurs factures.

- **Le système de contrôle**

Le contrôle se situe à deux niveaux. Il s'agit d'une part du contrôle de la qualité et de la tarification des soins dispensés et d'autre part du contrôle du droit aux prestations. Le contrôle de la qualité et de la tarification des prestations dispensées est faible. Les raisons de la faiblesse de ce contrôle se situent dans la confiance accordée au prestataire de soins et surtout du manque de compétence de la part des mutualistes à assurer un tel contrôle. Car les mutualistes n'ont pas prévu d'organe de contrôle en leur sein. Ce qui suppose que même lorsque le contrôle existe, il est ad hoc. Il se limite à la vérification des fiches des bénéficiaires malades. Il est en fait dans une optique de décompte des prestations reçues. C'est un contrôle que nous appelons minimum. Ceci parce que les autres aspects du contrôle comme l'opportunité ou même la qualité des soins prodigués n'existent pas. Comme la qualité des soins est supposée bonne, la mutuelle ne juge pas opportun de procéder au contrôle. Toutefois cette manière de voir est un peu restrictive dans la mesure où la confiance ne devrait pas exclure le contrôle surtout en ce qui concerne l'opportunité des soins prodigués. Cela surtout lorsque la mutuelle couvre à la fois les gros risques et les petits risques. Ces derniers sont particulièrement sensibles au risque moral.

Le contrôle des bénéficiaires ayant droit aux prestations est quant à lui plus important. Les conventions conclues avec le prestataire prévoient que celui-ci ne fournira ses soins que sur présentation d'une lettre de garantie ou de tout autre moyen d'identification fourni par la mutuelle. Ces outils d'identification sont assez divers. Mais la tendance est à la combinaison de la lettre de garantie accompagnée de la carte de membre et de la photo du bénéficiaire de prestations. L'implication du prestataire dans le contrôle des ayants droits aux prestations est une mesure coercitive. Car le mutualiste non à jour ne peut bénéficier de lettre de garantie. Or sans lettre de garantie, il ne peut recevoir de soins. Les conséquences sur la viabilité des mutuelles sont importantes vu que les prestations garanties ont un coût élevé.

Le contrôle interne de TRANSVIE est fait par le comité de surveillance constitué par des membres transporteurs instruits au nombre de 7. Il est possible de prendre des externes (cabinets) pour les aider dans les missions de contrôle. Le comité de surveillance peut effectuer à tout moment des contrôles de caisse inopinés.

- **La tenue des réunions**

Le conseil d'administration et le comité de surveillance se réunissent une fois par trimestre.

Les réunions du personnel se tiennent une fois par semaine ou toutes les deux semaines.

Les réunions de CA de TRANSVIE et de MECTRANS se tiennent en fonction des besoins.

5.1.3 Viabilité fonctionnelle

L'analyse de cette dynamique se fera par rapport à l'évolution du nombre d'adhérents et du nombre de bénéficiaires, aux taux de croissance, de fidélisation et de pénétration.

5.1.3.1 Evolution du nombre des adhésions

L'évolution du nombre d'adhérents de 2008 à 2012 est présentée dans le tableau ci-dessous.

ADHERENTS					
	2008	2009	2010	2011	2012
Janvier		462	803	784	1536
Février		536	805	811	1750
Mars		628	809	914	1756
Avril		645	839	942	1890
Mai		674	845	1094	1905
Juin	56	718	849	1121	2050
Juillet	235	746	849	1150	2125
Aout	278	744	857	1159	2095
Septembre	279	743	867	1200	2141
Octobre	302	775	877	1309	2151
Novembre	400	782	948	1395	2158
Décembre	426	786	1023	1409	2193

Tableau 4 : Nombre d'adhérents (Source : TRANSVIE).

La mutuelle TRANSVIE comptait 56 adhérents en juin 2008. On note une augmentation progressive du nombre d'adhérents avec : 426 en fin 2008, 786 en 2009 et 1023 en 2010. Celui-ci est passé à 784 en janvier 2011. Cette baisse s'explique par un assainissement du fichier à la suite de la résiliation du contrat de certains transporteurs notamment les chauffeurs de taxi non affilié à MECTRANS et ayant souscrit un crédit dans une autre structure. Même après cette réduction, la croissance reste constante avec 1409 en décembre 2011 et 2193 en décembre 2012.

Cette croissante est représentée sur le graphique ci-dessous.

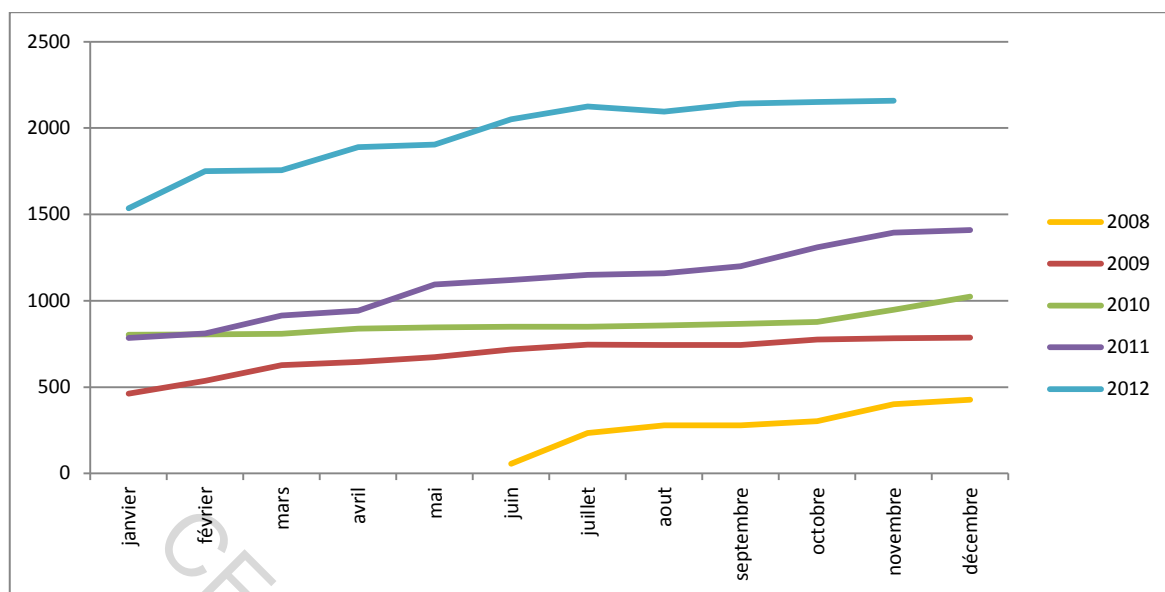


Figure 5 : Evolution du nombre d'adhérents

En plus des adhérents au paquet de soins classiques il y a des adhérents aux autres offres à savoir : CLINIQUE, PROTECTION HOSPI et EVASANS. Ces offres ont démarré en 2012 et le nombre d'adhérents est présenté dans le tableau ci-dessous.

ADHERENTS OFFRES SPECIALES 2012			
	CLINIQUE	EVASAN	PROTECTION HOSPI
Janvier	0	0	0
Février	0	22	0
Mars	8	42	59
Avril	14	57	109
Mai	23	64	172
Juin	26	61	244
Juillet	24	53	276
Aout	21	55	349
Septembre	33	41	398
Octobre	37	40	402
Novembre	30	29	404
Décembre	10	43	414
TOTAL	226	507	2827

Tableau 5 : Adhérents offres spéciales

5.1..3.2 Evolution du nombre des bénéficiaires

On note une augmentation du nombre de bénéficiaires. Cette évolution va de pair avec celle du nombre d'adhérents. En effet, plus le nombre d'adhérents augmente plus le nombre de bénéficiaires augmente.

BENEFICIAIRES					
	2008	2009	2010	2011	2012
Janvier		1561	2310	2744	7680
Février		1672	2318	2838	8758
Mars		1952	2324	3199	8780
Avril		2033	2388	3297	9450
Mai		2079	2413	3829	9525
Juin	293	2198	2428	3923	10250
Juillet	801	2273	2428	4025	10625
Aout	990	2318	2440	4056	10729
Septembre	1010	2357	2450	4200	10773
Octobre	1080	2409	2475	4581	10829
Novembre	1337	2443	2565	4882	10842
Décembre	1423	2458	2715	4931	10889

Tableau 6 : Nombre de bénéficiaires

L'augmentation du nombre de bénéficiaires est représentée sur le graphique ci-dessous.

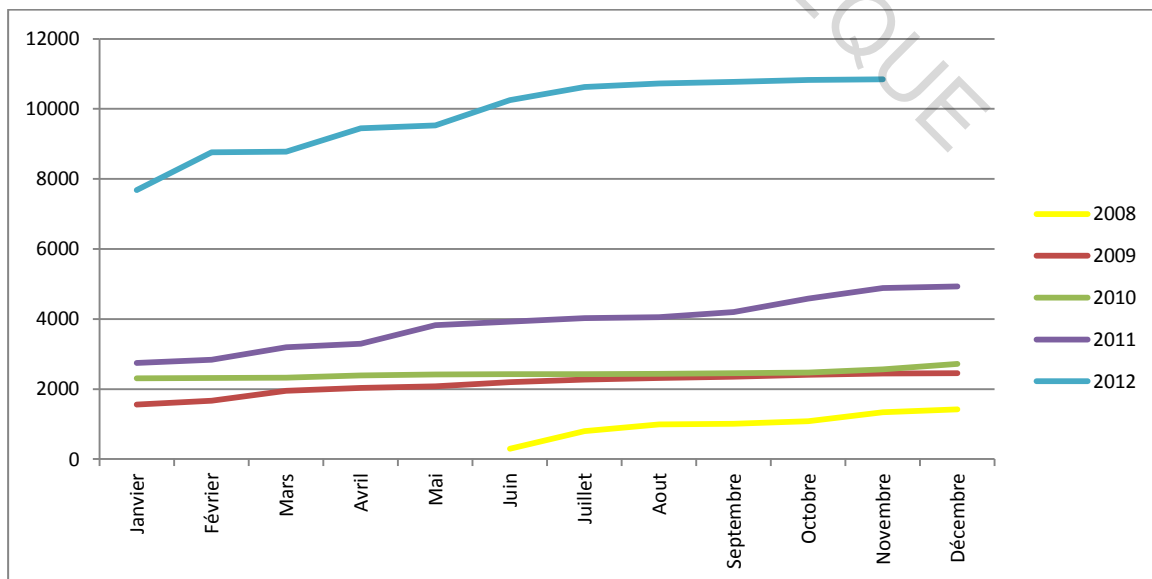


Figure 6 : Evolution du nombre de bénéficiaires

5.1.3.3 Taux de croissance des adhésions (T1) ou taux de croissance brut

C'est un indicateur qui mesure l'accroissement de la taille de la mutuelle de santé sur une période donnée. Il permet d'apprécier si la mutuelle est en croissance (taux positif), en phase de stabilisation (taux proche de zéro), en décroissance (taux négatif).

Année	Taux de croissance
2009	84,5%
2010	30,15%
2011	37,73%
2012	55,64%

Tableau 7 : Taux de croissance des adhérents

Le taux de croissance est constamment positif. Ce résultat indique que la mutuelle de santé est en phase de croissance. Elle traduit une satisfaction des adhérents par rapport aux produits offerts.

5.1.3.4 Taux de croissance brut des bénéficiaires (T2)

Année	Taux de croissance
2009	72,73%
2010	10,45%
2011	81,62%
2012	120,82%

Tableau 8 : Taux de croissance des bénéficiaires

Le taux de croissance des bénéficiaires est toujours supérieur à 1 depuis 2008. On note cependant une baisse en 2010. Malgré leur adhésion, certains membres mettent du temps à accomplir les formalités pour inscrire leurs bénéficiaires. Mais même avec un taux de croissance

positif, il est utile de calculer le taux de fidélisation car il conditionne la marge de progression de la mutuelle.

5.1.3.5 Taux de fidélisation (T3)

Il constitue une mesure d'intérêt porté par les adhérents pour la mutuelle de santé. Il est égal au pourcentage d'anciens adhérents qui ont renouvelé leur contrat.

Année	Taux de fidélisation
2009	184,50%
2010	130,15%
2011	137,73%
2012	155,64%

Tableau 9 : Taux de fidélisation

Au niveau de la mutuelle TRANSVIE, le taux de fidélisation est supérieur à la norme du guide du BIT qui est de 100%. Il reflète le niveau de satisfaction des clients après l'achat du produit à terme. Ce taux illustre la confiance des adhérents pour la mutuelle et la grande capacité d'affiliation nouvelle.

5.1.3.6 Taux de pénétration (T4)

C'est le rapport des bénéficiaires sur la population cible.

Le taux de pénétration du groupe cible est un indicateur déterminant dans l'analyse de la viabilité gestionnaire. Il permet au gestionnaire de mesurer la capacité de la mutuelle de santé à se constituer une clientèle et ses possibilités de croissance.

Le taux de pénétration donne une indication sur la représentativité de la mutuelle de santé et son impact dans la communauté.

Cet indicateur peut être décomposé en taux de pénétration par sexe ou par âge afin de déterminer les caractéristiques de la population qui adhère le plus à la mutuelle et cibler les activités à mener dans le cadre de la sensibilisation.

Pour notre étude cette décomposition n'a pas pu être faite à cause des difficultés liées à la collecte des données relatives à ces variables.

Nous nous sommes limités au calcul du taux de pénétration de la population cible de façon générale. La population cible est estimée à 400.000 personnes.

Année	Taux de pénétration
2008	0,35%
2009	0,61%
2010	0,67%
2011	1,23%
2012	2,7%

Tableau 10 : Taux de pénétration

5.1.4 Viabilité financière

La viabilité financière peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers. La maîtrise de la gestion financière est sous-entendue par la maîtrise des outils de gestion que sont les livres et documents comptables. La bonne tenue de ces documents apporte non seulement de la clarté dans la gestion des institutions mutualistes mais aussi facilite le suivi des performances de celles-ci. Il faut noter que la cotisation de 7200 FCFA/ mois est répartie de la façon suivante :

- 78% (5616 FCFA) : prestations
- 15% (1080 FCFA) : fonctionnement
- 7% (504 FCFA) : réserve

5.1.4.1 Les cotisations

Les données relatives aux cotisations n'étant pas disponibles, nous avons rapporté le nombre d'adhérents au taux de cotisation mensuel pour estimer ce que devrait être le montant des cotisations perçues.

COTISATIONS					
	2008	2009	2010	2011	2012
Janvier	-	3 326 400	5 781 600	5 644 800	11 059 200
Février	-	3 859 200	5 796 000	5 839 200	12 930 000
Mars	-	4 521 600	5 824 800	6 580 800	13 434 600
Avril	-	4 644 000	6 040 800	6 782 400	14 751 200
Mai	-	4 852 800	6 084 000	7 876 800	15 142 400
Juin	403 200	5 169 600	6 112 800	8 071 200	16 251 800
Juillet	1 692 000	5 371 200	6 112 800	8 280 000	16 678 200
Aout	2 001 600	5 356 800	6 170 400	8 344 800	16 526 800
Septembre	2 008 800	5 349 600	6 242 400	8 640 000	16 850 600
Octobre	2 174 400	5 580 000	6 314 400	9 424 800	16 962 800
Novembre	2 880 000	5 630 400	6 825 600	10 044 000	16 760 600
Décembre	3 067 200	5 656 200	7 365 600	10 144 800	16 976 600
TOTAL	14 227 200	59 317 800	74 671 200	95 673 600	184 324 800

Tableau 11 : Estimation des cotisations

Les cotisations des offres de soins telles que CLINIQUE, EVASAN et PROTECTION HOSPI ont été incluses dans les cotisations de 2012.

5.1.4.2 Le taux de recouvrement des cotisations(T5)

Il traduit la capacité de la mutuelle à se prendre en charge. Ce taux doit être élevé compte tenu du fait que la plupart des mutuelles de santé tiennent leurs revenus de la collecte des cotisations.

Taux de recouvrement					
	2008	2009	2010	2011	2012
Janvier		99,7	77,47	98,9	98,26
Février		68	77,63	94,53	97,56
Mars		87	72,36	99,78	93
Avril		93	59,3	102,5	102
Mai		86	80,69	77,04	103
Juin	98,32	82,3	92,95	71,4	83
Juillet	81,18	85,6	60,97	95,3	99
Aout	77,89	75,5	62,22	80,9	90
Septembre	75,41	62,15	66,54	82,74	98
Octobre	73,62	88,9	59,85	77,24	97
Novembre	73,64	91,9	52,95	75,67	109
Décembre	69,88	92,33	49,94	93,22	98,7

Tableau 12 : Taux de recouvrement des cotisations

5.1.4.3 Les ratios

Pour l'analyse complète de la viabilité financière nous avons rencontré quelques difficultés liées aux données incomplètes entre 2008 et 2010. Nous avons donc utilisé les ratios de l'année 2011 fournies par la mutuelle.

Le ratio de liquidité immédiate (RLI) mesure en comparant les disponibilités avec les dettes à court terme. Il permet de savoir si la mutuelle de santé peut payer à temps ses prestataires. Il permet également d'apprécier l'indépendance et la crédibilité financière de la mutuelle de santé vis-à-vis des tiers en mesurant sa capacité à faire face à l'ensemble de ses engagements sans emprunter.

$$RLI = \frac{\text{avoirs en caisse} + \text{avoirs en banque}}{\text{dette à court terme}} \times 100$$

Le ratio de solvabilité est égal aux capitaux propres par rapport à la dette.

Le ratio de cotisations acquises/charges totales permet de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations. En cas de couverture insuffisante la mutuelle peut éprouver à moyen terme des difficultés à tenir ses engagements.

Le ratio de sinistralité (RS) mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations. On estime de l'ordre de 75% le ratio de sinistralité pour une mutuelle de santé performante. Il ne s'agit pas d'une norme fixe mais d'un point de repère indicatif.

$$RS = \frac{\text{prestations totales}}{\text{Cotisations acquises}} \times 100$$

Cotisations acquises

Le ratio des frais de fonctionnement brut mesure la part des ressources financières de la mutuelle de santé utilisées pour son fonctionnement. Il est admis qu'un ratio inférieur ou égal à 15% est d'un niveau approprié. Il est souhaitable que ce ratio soit le plus bas possible.

RATIOS 2011		
Ratio liquidité immédiate	35,71	Sup à 1
Ratio capitaux propres	151,31	Sup à 1
Ratio couverture des charges	123,76	50 à 75 %
Ratio cotisations acquises / charges totales	120,80	
Ratio sinistralité	40 ,65	75%
Ratio frais fonctionnement	19,6	Inf 15%

Tableau 13 : Les ratios

La mutuelle TRANSVIE a un ratio de liquidité immédiate supérieur à 1 qui est la norme donc elle est liquide.

Le ratio cotisations acquises/ charges totales montre que les cotisations permettent de couvrir les charges totales de la mutuelle.

Le ratio de sinistralité est inférieur à la norme. Des efforts doivent être menés dans la perspective de relever le taux d'utilisation du produit. A cet égard, la mise en œuvre des activités programmées au niveau du plan d'action (suivi des prestataires, sensibilisation sur le produit, formations au niveau local) devra sans nul doute aider à réaliser cet objectif.

Le ratio de frais de fonctionnement est de 19,6%. Ce taux est élevé et montre l'utilisation importante des ressources au fonctionnement. L'idéal est un taux inférieur à 15%.

5.1.4.5 Répartition des dépenses en prestations selon les structures

Les dépenses selon les structures de santé pour l'année 2008 sont représentées dans le tableau suivant, pour les dépenses de 2009 à 2012 voir annexe 13.

2008		
STRUCTURE	Montant facturé	Pourcentage(%)
CS Abdoul Aziz Sy	21 630	2,9
CS Roi Baudoin	83 795,6	11,3
H Albert Royer	32 400	4,4
H Fann	27 900	3,8
H Pikine	35 100	4,7
H YoussouMbargane	15 680	2,1
HALD	157 500	21,3
HOGGY	366 048	49,5
Total	740 053,6	100

Tableau 14 : Dépenses en prestations en 2008

La plus grande partie des dépenses en prestations de soins est répartie principalement entre cinq structures dont l'Hôpital de Pikine, l'Hôpital le Dantec, le centre de santé Matlaboul Fawzeyni et la Clinique Croix bleue.

5.1.4.6 Répartition des dépenses selon les actes

La répartition des dépenses selon les actes en 2008 est représentée dans le tableau suivant.

2008		
Actes	Montant facturé	Pourcentage
Accouchements compliqués	229 500	31,01
Accouchements simples	25 200	3,41
Actes de médecine	81 000	10,95
Analyses médicales	45 050	6,9
Autres actes de diagnostic	79 560	10,75
Consultation ORL	23 630	3,19
Consultations	65 015	8,79
Consultations cardiologiques	6 750	0,91
Consultations pédiatriques	2 450	0,33
Echographie	21 000	2,84
Médicaments génériques	54 973,6	7,43
Mise en observation	72 000	9,73
Radiologie	23 125	3,12
Soins dentaires	10 800	1,46
TOTAL	740 053,6	100

Tableau 15 : Dépenses selon les actes en 2008

La répartition des dépenses par acte montre que les actes les plus importants varient en fonction de l'année : accouchements compliqués (31,01%) en 2008, analyses médicales (18,69 et 19,96%) en 2010 et 2012.

5.1.5 Viabilité économique

Le rapport entre le total des produits avant subvention sur le total des charges plus les coûts donne un pourcentage de 120,81 ce qui signifie que la mutuelle TRANSVIE est en mesure de fonctionner en comptant sur ses propres ressources.

$$\text{Taux de financement} = \frac{\text{total produit avant subvention}}{\text{Total charges + coûts cachés valorisés}} \times 100$$

Viabilité économique		
Taux financement	120,81	Sup 100

Tableau 22 : Taux de financement

5.2 Analyse des résultats

Les résultats obtenus ont permis d'analyser les différents indicateurs d'évaluation de sa viabilité.

Par rapport à la viabilité institutionnelle

L'organisation de la structure ainsi que la compétence de ses gestionnaires et leur forte implication ont permis d'offrir aux bénéficiaires une grande diversité de prestataires conventionnés et une accessibilité géographique.

Par rapport aux adhésions

Le taux d'adhésion est passé de 84,5% en 2009 à 30,15% en 2010 après un toilettage du fichier. Après le couplage il a progressivement augmenté. On note entre 2010 et 2011 une augmentation de 37,7% et entre 2011 et 2012 une augmentation de 55,6%. On peut donc dire que le couplage a un effet bénéfique sur la dynamique des adhésions.

Par rapport aux cotisations des membres

Le taux de recouvrement des cotisations est satisfaisant : il est presque toujours supérieur à 50%. Après le couplage, ce taux a dépassé les 90%. Nous pouvons dire que le couplage a une influence positive sur le taux de recouvrement des cotisations.

Par rapport au taux de pénétration du public

Il est très faible de 0,35% en 2008, il n'est que de 2,7% en 2012. La mutuelle de santé doit mener des campagnes de sensibilisation auprès de la population cible pour augmenter l'adhésion. Ceci devrait être facilité par les types de prestations offertes.

Par rapport à la viabilité financière et économique

Avec un ratio de liquidité immédiate qui est de 35,71%, un ratio de sinistralité de l'ordre de 40,65% et un taux de financement de 120,81%, en 2012, on peut dire que le couplage a une influence positive sur la viabilité financière et économique car la mutuelle de santé est autonome financièrement.

5.3 Analyse FFOM

L'analyse FFOM ou SWOT a pour objectif d'aider à définir la stratégie de développement d'une structure. Elle comprend une analyse interne composée des forces (Strengths) et des faiblesses (Weaknesses) de l'organisation et une analyse externe composée des opportunités (Opportunities) et des menaces (Threats) liées à son environnement.

L'analyse SWOT 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 ou s'il est possible d'identifier ou de créer de nouvelles opportunités qui permettraient de tirer profit des ressources uniques ou des compétences distinctives de l'organisation.

<p>ORIGINE INTERNE (organisationnelle)</p>	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un organigramme • Personnel de niveau Bac+3 • Formation régulière du personnel • Motivation du personnel • Utilisation d'outils de gestion • Capacité à fournir des services • Augmentation du nombre d'adhérents • Augmentation du nombre de prestataires • Bon système de collecte des cotisations • Bon niveau d'autofinancement • Ressources financières disponibles • Ressources financières stables 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès limité à certaines données • Nombre d'adhérents faible par rapport à la population cible • Pas de système de référence • Faible nombre de pharmacies agréées • Accès à des structures de santé non conventionnées • Lunetterie non pris en charge • Absence de campagne de sensibilisation • Absence de médecin conseil • Frais de fonctionnement supérieur à 15%
<p>ORIGINE EXTERNE (environnemental)</p>	<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Couverture médicale pour le secteur du transport envisageable • Système de protection sociale attractif • Ouverture prochaine d'agences à Pikine, Touba et Kaolack • Demande d'adhésion d'autres groupements • Renouvellement du parc automobile • Partenariat avec la MUTUELLE BLEUE (FRANCE) 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de soutien des autorités • Retard d'envoi des factures par les prestataires • Défaut d'agences dans plusieurs régions • Défaut de communication • Secteur du transport encore informel • Plusieurs branches dans le secteur du transport • Conflits dans le secteur du transport • Environnement fiscal imprécis

La mutuelle sociale TRANSVIE doit renforcer les éléments positifs de son organisation. Un personnel motivé faisant une bonne utilisation des outils de gestion va encore augmenter la capacité à fournir des services. L'augmentation progressive du nombre d'adhérents ainsi que le maintien d'un bon système de collecte des cotisations permettra d'avoir des ressources financières disponibles et stables.

La mutuelle devra accroître le nombre d'adhérents qui reste faible par rapport à la population cible. Le paquet de soins offerts doit être élargi en y incluant la lunetterie. Le nombre de pharmacies agréées doit être revu à la hausse. Un médecin conseil doit être recruté et il devra faire respecter le système de référence, réduire l'accès à des structures de santé non conventionnées et développer les campagnes de sensibilisation. Les frais de fonctionnement doivent être revus à la baisse pour une meilleure utilisation des ressources.

La mutuelle TRANSVIE dispose d'un système de protection sociale attractif qui pourrait être étendu à l'ensemble du secteur informel en particulier aux autres transporteurs. L'ouverture d'agences dans les autres villes du pays ainsi que le renouvellement constant du parc automobile peuvent augmenter considérablement le nombre d'adhésions. Le partenariat avec des mutuelles plus grandes et plus expérimentées est un atout majeur qu'il faut exploiter et développer.

Les menaces devront être transformées en opportunités. Les échanges avec les autorités doivent être renforcés. Il faudra veiller au respect du délai d'envoi des factures par les prestataires pour une meilleure gestion des dépenses. Les campagnes de communication doivent être multipliées pour pouvoir atteindre toute la population cible. Le secteur informel gagnerait à être formaliser, réunissant de ce fait les différentes branches du secteur des transports.

5.4 Recommandations

Recommandations à l'endroit des autorités de tutelle

- Tenir compte de l'importance de la mutuelle de santé dans l'amélioration du bien-être des acteurs du secteur du transport
- Renforcer le cadre juridique des mutuelles de santé pour les rendre plus crédibles et favoriser les opportunités avec des partenaires extérieurs et des bailleurs de fonds.
- Organiser des journées de sensibilisation pour promouvoir et développer cette forme de couplage.

Recommandations à l'endroit des responsables de la mutuelle de santé

- Au niveau de la gestion et de l'organisation
 - Renforcer les compétences techniques des dirigeants par des formations continues (séminaires et ateliers de formation au niveau national, sous régional ou international) afin de partager, d'échanger avec d'autres dirigeants qui gèrent ce même type de mutuelle de santé

- Mettre en place un organe de contrôle des risques
- Recruter dans un premier temps un médecin conseil en vue de contrôler le respect par les prestataires des normes pour lutter contre la sélection adverse et éviter la consommation non justifiée. Ceci est une priorité car la viabilité de la mutuelle de santé dépend étroitement de la maîtrise des risques
- Multiplier les campagnes de promotion et de sensibilisation par la voie des médias
- Insérer des séances de sensibilisation lors des manifestations organisées par le secteur du transport. Ce volet est extrêmement important dans la mesure où il permet de faire connaître la mutuelle de santé et d'inciter la population cible à venir adhérer massivement.
- Au niveau économique
 - renforcer l'octroi des crédits compte tenu du fait que la mutuelle de santé travaille avec une institution de microcrédit
 - Réaliser des enquêtes de satisfaction par rapport à l'offre de soins pour améliorer les prestations
 - Maitriser les dépenses de fonctionnement par la rationalisation des dépenses liées à la gestion technique de la mutuelle

CONCLUSION

La volonté du gouvernement sénégalais est de mettre en place la couverture maladie universelle. Toutes les couches sociales doivent pouvoir accéder aux soins.

La mutuelle sociale TRANSVIE avec son couplage à l'institution de microcrédit MECTRANS offre un paquet de soins à une partie de la population du secteur informel, les transporteurs. Le renforcement du système d'organisation et le maintien d'une bonne collecte des cotisations sont facteurs majeurs à maintenir pour la pérennité de la mutuelle.

Des campagnes de communications bien organisées permettraient de toucher la plus grande partie de la population cible.

D'autres études pourraient être menées afin de renforcer ce type de couplage et de l'appliquer à d'autres secteurs afin d'atteindre l'objectif de la santé pour tous.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

- [1]: **Audibert M., Mathonnat J., De Roodenbeke E.** Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis. *Médecine Tropicale* 2004; 64 : 552-560
- [2]: **Akra Kouassi Augustin.** Etude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé : cas de la mise en place de la mutuelle de santé dans la communauté rurale de Diakhao, Mémoire DSES, Avril 2007, CESAG
- [3]: **Anoh Yapo Koutouan Serges.** Etude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé : cas de la mise en place d'une mutuelle de santé pour trois mutuelles de crédit en Côte d'Ivoire, Mémoire DSES CESAG, Mai 2004
- [4]: **Atim C.** Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care; synthesis of research in nine west and central African countries. July 1998, Partnerships for health reform, 102 pages
- [5]: **Bertholet F., Tracz G., Diouf I., Ndiaye I.** Le secteur des transports routiers au Sénégal. Banque mondiale. Juin 2004. 104 pages
- [6]: **BIT-STEP:ACOPAM.** La micro-assurance santé en Afrique: guide d'introduction à la mutuelle de santé, 1ère édition, 2000, 75 pages
- [7]: **BIT-STEP/ Fall I.M.** Projet d'appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA : analyse du cadre juridique des mutuelles au Sénégal. 2000, 11 pages
- [8]: **Carrin G., James C., Evans D.** Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement. *L'Assurance maladie en Afrique francophone*; p 149-162 chapitre 04. Genève: World Health Organization, Department of Health Systems Financing.
- [9]: **Gningue Pape Senghane.** Partenariats mutuelles de santé et institutions de microfinance : étude de cas sur les expériences du Sénégal, mai 2009, Programme de santé de l'USAID/Dakar/Projet financement et politiques de santé ; Mis en œuvre par Abt Associates. 69 pages
- [10]: **Götz Huber, Jürgen Hohmann, Kirsten Reinhard.** Mutuelles de Santé 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées, GTZ, 2003, 80 pages
- [11]: **KABA MADIGBE (2003),** «Mémoire sur l'étude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : Cas de l'association Ndadjé des femmes de Yeumbeul Sud » DSES-CESAG-Dakar

- [12]: **Kouamé B.K.** Impact de la mutuelle sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins par les populations féminines vulnérables du Sénégal, mai 2001, Mémoire DSES, CESAG.
- [13]: **Ministère de la Famille, de l'Entreprenariat et de la Microfinance.** Direction de la Microfinance. Lettre de Politique Sectorielle du Sénégal, Rapport sur la situation globale de la microfinance au 30/11/07.
- [14]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal- USAID.** Etude sur la viabilité des mutuelles de santé appuyées par Abt Associates et leur contribution au financement des activités de la composante financement et politique de santé du programme de sante de l'USAID 2006-2011, juin 2010, 67 pages
- [15]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal.** Guide de gestion du plan de travail annuel ; (septembre 2012), 114 pages
- [16]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal.** Plan national de développement sanitaire, PNDS 2009-2018, janvier 2009, 86 pages
- [17]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal, CAS/PNDS/PARTENARIAT.** Plan Stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal, (juillet 2004). 82 pages
- [18]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal, CAFSP-PAMAS-CTB.** Rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie, (décembre 2011). 100 pages
- [19]: **Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal- USAID.** Stratégie d'extension de la couverture du risque maladie des sénégalais. Aout 2008, 49 pages
- [20]: **Ministère de l'économie et des finances.** Agence nationale de la statistique et de la démographie. Base de données de la population, 2011.
- [21]: **Ministère de l'économie et des finances.** Unité de coordination et de suivi de la politique économique. Document de politique économique et sociale 2011-2015. Rapport annuel 2012. 45 pages
- [22]: **Ndiaye W.** Les institutions et symboles de la République du Sénégal. 2008. 96 pages
- [23]: **Ndikumana D.** Etude de la faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein de l'association « GH » du Burundi, 2005, Mémoire DSES, CESAG
- [24]: **Nguessan L.** Le secteur des transports au Sénégal : enjeux et défis pour la réalisation des objectifs de croissance durable et de réduction de la pauvreté. Plate-forme des acteurs non étatiques. Groupe thématique transports. Novembre 2009, 136 pages
- [25]: **PAMAS.** Dossier technique et financier. Appui institutionnel à la cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat du ministère de la santé et de la prévention (CAFSP) et

renforcement des mutuelles ainsi que de leur structure de coordination régionale dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine. 2008-2011, 109 pages

[26]: **Sall F.C.** Evaluation de la viabilité des mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de micro finance : étude de cas de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS, 2008, Mémoire DSES, CESAG

[27]: **Toonen J.** OMS. Appui technique à « Macroéconomie et santé » au Sénégal. Rapport « état des lieux ». 2001. 78 pages

[28]: **Touré I.C.** Etude de la faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein de la fédération communale des groupements de promotion féminine de Kolda, 2005, Mémoire DSES, CESAG

[29]: **Touré Mounir M.** Gestion de la qualité des services de santé : Mise à l'épreuve d'un manuel destiné aux gestionnaires des mutuelles de santé. Juillet 2005, USAID, PHR plus, 50 pages

[30]: **USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC, WSM.** Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal. 1996-2001/BIT, 60 pages

[31]: **Waelkens M.P et Criel B.** Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : Etats des lieux et Réflexions sur un Agenda de recherche, mars 2004, Health nutrition and population, The World Bank, 124 pages

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Première convention entre TRANSVIE et MECTRANS

Annexe 3 : Deuxième convention entre TRANSVIE et MECTRANS

Annexe 4 : Convention avec l'Hopital Aristide le Dantec

Annexe 5 : Convention avec le centre de santé Khadim Rassoul

Annexe 6 : Convention avec la pharmacie Papa Faye

Annexe 7 : Convention avec la clinique Achifaa(Maroc)

Annexe 8 : Fiche d'adhésion

Annexe 9 : Carte d'adhérent

Annexe 10 : Fiche de renseignement de regroupement

Annexe 11 : Lettre de garantie

Annexe 12 : Dépliants des produits de TRANSVIE

Annexe 13 : Répartition des dépenses en prestation selon les structures

Annexe 14 : Répartition des dépenses selon les actes

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien adressé aux responsables de TRANSVIE

- Viabilité institutionnelle :
 - Existence d'un cadre institutionnel et technique
 - Nombre de structures d'appui en relation avec la MS
 - Existence d'un système de contrôle
 - Relation avec les autorités locales et autres
 - Relation avec les prestataires
 - Relation avec les structures d'appui
- Viabilité fonctionnelle
 - Nombre d'adhérents 2008 à 2012
 - Nombre de bénéficiaires 2008 à 2012
 - Taux de fidélisation
 - Taux de pénétration
- Viabilité technique
 - Compétence des gestionnaires
 - Modalités d'adhésion
 - Types de services de santé couverts
 - Existence de co-paiement
 - Relation avec les prestataires
 - Existence d'un système de contrôle
 - Tenue des réunions
- Viabilité financière et économique
 - Montant des cotisations 2008 à 2012
 - Taux de recouvrement des cotisations 2008 à 2012
 - Répartition des dépenses en prestations selon les structures 2008 à 2012
 - Ratio de liquidité immédiate
 - Ratio capitaux propres
 - Ration de couverture des charges
 - Ratio des cotisations acquise/charges d'exploitation
 - Ratio de sinistralité
 - Ratio frais de fonctionnement
 - Taux de financement

Guide d'entretien adressé aux responsables de MECTRANS

- Cadre institutionnel et technique
- Gestion et administration
- Membres
- Opérations de crédit

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2 : première convention entre TRANSVIE et MECTRANS



CONVENTION ENTRE LA MUTUELLE D'EPARGNE ET DE CREDIT (MEC/TRANS) ET LA MUTUELLE SOCIALE TRANSVIE (MS/TRANSVIE)

Préambule

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie pas d'une protection sociale, ils éprouvent de ce fait très régulièrement des difficultés de financement des soins et, par conséquent une forme d'exclusion sociale qui rend plus précaire encore leur statut et celui de leur famille.

C'est dans ce cadre que la mutuelle sociale TransVie, née en février, 2008 dont la vocation première est d'offrir une protection sociale à l'ensemble des acteurs du secteur des transports terrestre du Sénégal, établit des collaborations en direction des structures spécialisées dans le financement du transport, en occurrence la MEC/TRANS, qui est spécialisée dans le financement en apport personnel sur les « bus tata » et le refinancement des taxis « samand » joue un rôle prépondérant dans le programme de rénovation du parc automobile.

Ce partenariat se traduit par la signature de cette convention.

Entre

La **MECTRANS** représentée par son P.C.A M. Ndongo Fall

Et :

LA MUTUELLE SOCIALE TRANSVIE HLM Angle Mousse N°3063, représentée par son P.C.A M. Modou MBoup

Après concertation des deux parties, il a été convenu d'établir un partenariat dont les grandes lignes sont indiquées ci-dessous :

Article 1 : Objet de la convention

Dans un souci d'offrir une couverture sociale à ses membres et de sécuriser ses concours, la **MEC/TRANS**, à travers ce protocole s'engage à rendre désormais obligatoire l'adhésion à la mutuelle sociale TransVie pour ses membres :

Article 2 : Critères

Les transporteurs ayant bénéficié du financement de la mutuelle (mec/trans.) ou demandant un financement de la MEC/TRANS devront au préalable obtenir une protection sociale à travers une adhésion à la mutuelle sociale TransVie.

Article 3 : Obligations des transporteurs

Les transporteurs s'engagent à adhérer leurs employés à la mutuelle sociale quelque soit leur statut matrimonial (marié ou célibataire).


Article 4 : Pour les GIE de l'AFTU

Pour les transporteurs demandant un financement pour les « **BUS TATA** » ils devront honorer le forfait majoré qui stipule un versement de deux mille deux cent francs CFA (**2 200 FCFA**) par employé, et les employés de verser pour leur propre compte cinq mille francs CFA (**5 000 FCFA**)

Article 5 : Pour les taxis

Les transporteurs demandant un financement pour les taxis devront remplir les conditions suivantes.

a- Verser un droit d'adhésion de **1 000 F**



b-s'acquitter de sa cotisation mensuelle de sept mille deux francs CFA (7 200 FCFA)

Article 6 : Engagements des deux parties

a- La Mutuelle Sociale TransVie s'engage à prêter une partie de ses réserves à la Mectrans à un taux préférentiel pour l'accroissement de ses membres. La mutuelle sociale TRANSVIE s'engage à apporter des prestations de qualités à ses membres.

b- la MEC/TRANS s'engage à adhérer l'ensemble de son personnel et s'engage aussi à collecter à travers les comptes de ses membres les primes (cotisations mensuelles) et à les reverser dans le compte de TRANSVIE ouvert dans vos livres

Article 8 : Modification et Résiliation de la Convention

La présente convention peut être modifiée ou résiliée par l'une des parties. La modification ou résiliation ne peut intervenir que sous réserve de l'observation **d'un préavis d'un (03) mois**. Le préavis est notifié par écrit par la partie qui prend l'initiative de la modification ou la résiliation, l'accusé de réception faisant foi

Article 9: Rencontre d'évaluation

Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

Article 10 : Date d'effet

La présente convention prend effet à partir de la date de signature par les deux parties



15 MAI 2008

Le Directeur Général de TRANSVIE

**Mutuelle Sociale
TRANSVIE**
Siège Social: Villa N° 3067, Mousse
Tél: 33.824.33.44 Fax: 33.824.33.45
Le Directeur Général

Le Gérant de la MECTRANS



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Fait en quatre exemplaires

5

Annexe 3 : deuxième convention entre TRANSVIE et MECTRANS



**CONVENTION ENTRE LA MUTUELLE D'EPARGNE ET
DE CREDIT (MEC/TRANS) ET LA MUTUELLE SOCIALE
TRANSVIE (MS/TRANSVIE)**

**MUTUELLE D'EPARGNE ET DE CREDIT
DES TRANSPORTEURS**

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

Préambule

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie pas d'une protection sociale, ils éprouvent de ce fait très régulièrement des difficultés de financement des soins et, par conséquent une forme d'exclusion sociale qui rend plus précaire encore leur statut et celui de leur famille.

C'est dans ce cadre que la mutuelle sociale TRANSVIE, née en février 2008 dont la vocation première est d'offrir une protection sociale à l'ensemble des acteurs du secteur des transports terrestre du Sénégal établit des collaborations en direction des structures spécialisées dans le financement du transport, en occurrence la MECTRANS, qui est spécialisée dans le financement en apport personnel sur les « bus tata » et le refinancement des taxis joue un rôle prépondérant dans le programme de rénovation du parc automobile. C'est dans cette optique que cette étude a été menée visant ainsi à apporter des prestations de qualités aux membres de ce dernier.

Ce partenariat se traduit par la signature de cette convention.

Entre les soussignées

LA Mutuelle Sociale des routiers ci-après dénommée TRANSVIE ayant son siège aux HLM Angle Mousse N°3063, représentée par son Président du Conseil d'Administration M. Modou MBoup

ET

La Mutuelle d'Epargne et de Crédit des TRANSPORTEURS ci-après dénommée "MECTRANS" représentée par son Président du conseil d'Administration Monsieur Ndongo Fall

Article 1 : Objet de la convention

Dans un souci d'offrir une couverture sociale à ses membres et de sécuriser ses concours, **MECTRANS**, à travers ce protocole s'engage à rendre désormais obligatoire l'adhésion à la mutuelle sociale TransVie à ses membres :

Article 2 : Critères

- a- Les transporteurs bénéficiaires de ce financement (plus de deux cars) « BUS TATA », devront au préalable obtenir une garantie clinique à travers une adhésion à la Mutuelle Sociale Transvie.
- b- Les transporteurs membres de l'AFTU n'ayant pas deux bus ou plus sont astreints à la garantie classique.

Article 3 : Obligations des transporteurs

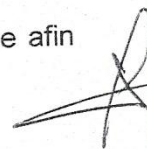
Les transporteurs s'engagent à adhérer leurs employés à la mutuelle sociale quel que soit leur statut matrimonial (marié ou célibataire)

Article 4 : Pour les GIE de l'AFTU

Les transporteurs qui ont obtenu ce financement devront s'acquitter d'un versement de 20 000f pour une taille familiale de 6 personnes

Article 5 : Engagements des deux parties

- a- **TRANSVIE** s'engage à apporter des prestations de qualité à l'ensemble des membres
- b- **TRANSVIE** s'engage à participer aux cotes de la **MECTRANS** dans toutes ces stratégies de développement.
- c- **TRANSVIE** s'engage dans le moyen et long terme à constituer des dépôts afin de permettre à la **MECTRANS** d'accroître ses activités.
- d- **MECTRANS** s'engage à adhérer l'ensemble des transporteurs bénéficiaires de ce financement à la mutuelle sociale.
- e- **MECTRANS** s'engage à collecter à travers les comptes de ses membres les primes (cotisations mensuelles) et à les reverser dans le compte de **TRANSVIE** ouvert dans ses livres.
- f- **MECTRANS** s'engage à transmettre à **TRANSVIE** les rapports périodique afin de permettre à ce dernier de mieux suivre les engagements des membres.



Article 6 : Modification et Résiliation de la Convention

La présente convention peut être modifiée ou résiliée par l'une des parties. La modification ou résiliation ne peut intervenir que sous réserve de l'observation **d'un préavis d'un (03) mois**. Le préavis est notifié par écrit par la partie qui prend l'initiative de la modification ou la résiliation, l'accusé de réception faisant foi

Article 7: Rencontre d'évaluation

Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

Article 8 : Date d'effet

La présente convention prend effet à partir de la date de signature par les deux parties

NB : Les directeurs généraux sont tenus à l'application de cette présente convention.

Fait à Dakar,
le 22 novembre 2012

Ont signé

Le Président du Conseil d'Administration
De TRANSVIE

MODOU MBOUP
MUTUELLE SOCIALE TRANSVIE
S/S N°3003 MIMX Mousse
Tél: 33 824 33 44
Fax: 33 824 33 45

Le Président du Conseil d'Administration de
MECTRANS

NDONGO FALL

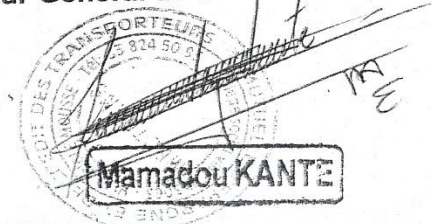


Le Directeur Général de TRANSVIE

MUTUELLE SOCIALE TRANSVIE
S/S N°3003 MIMX Mousse
Tél: 33 824 33 44
Fax: 33 824 33 45

ABDOU DIAGNE

Le Directeur Général de la MECTRANS



Annexe 4 : Convention avec l'Hôpital Aristide Le Dantec



CONVENTION POUR LA PRISE EN CHARGE DES MEMBRES DE LA MUTUELLE SOCIALE TransVie

Préambule

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance maladie. Ils 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, 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 CNDS 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 dénommé TransVie en février 2008.

TransVie est une mutuelle sociale qui fonctionne suivant les principes de la mutualité (autonomie et liberté, solidarité, participation démocratique, but non lucratif, responsabilité des membres et dynamique d'un mouvement social).

Elle est instituée pour apporter plus de dynamisme aux actions des routiers dans le domaine social et notamment la santé des travailleurs des transports routiers.

C'est dans ce cadre que la Mutuelle Sociale TransVie établit des collaborations surtout en direction des formations sanitaires. Ces partenariats se traduisent par la signature de conventions.

Entre la mutuelle Sociale des Travailleurs des Transports routiers du Sénégal dénommée TransVie sise aux HLM Angle Mousse villa N°3063 TEL : 33 824 33 44 représentée par son président Monsieur Modou Mboup.

D'une part

**Et l'Hôpital Aristide le Dantec Représenté par son Directeur Dr Cheikh Tacko Diop
TEL : 33 889 38 02**

D'autre part :

Il a été convenu ce qui suit :

Article I : Objet

La présente convention a pour objet de définir les relations de partenariat entre l'hôpital Aristide le Dantec et la Mutuelle sociale TransVie.

Article II : Les engagements

2.1 La structure de santé s'engage à :

- Réserver un bon accueil à tous les bénéficiaires de TransVie.
- Identifier les malades envoyés par les soins de TransVie, avant toute intervention.
- Prendre en charge les bénéficiaires sur la présentation de :
 1. carte de membre avec photos paraphée et en cours de validité ;
 2. lettre de garantie en cours de validité
- Fournir des soins de qualité conformément à son niveau de couverture, les risques pris en charge par la TransVie (voire liste des prestations couvertes) ;
- Prescrire pour les malades en première intention, les médicaments sous leur forme générique ;
- Faire payer comptant les bénéficiaires patients la part qui leur est dévolue (10%) dans les prestations servies ;
- Présenter tous les mois au plus tard le 10, les factures des différentes prestations données portant ; la date, le service, le numéro de code, les soins donnés et le tarif ;
- Impliquer TransVie dans l'organisation des activités de prévention pouvant intéresser les membres ;

2.2 TransVie s'engage à :

- Délivrer une carte de membre à présenter par ce dernier à l'hôpital Aristide le Dantec
- Fournir des attestations de soins en triple exemplaire à l'hôpital Aristide le Dantec
- Honorer les factures présentées par la structure de santé et à la personne dûment mandatée dans un délai de 10 jours après réception ;
- S'impliquer dans des actions de prévention initiées par l'hôpital Aristide le Dantec

Article III : Durée

La présente convention prend effet à compter de sa date de signature.

Article IV : Arbitrage

Tout différend entre les deux parties sera réglé à l'amiable ; dans le cas contraire, il sera soumis aux autorités compétentes en la matière.

Article V : Résiliation

Le contrat peut prendre fin à tout moment à condition que la partie qui en a l'initiative en informe l'autre partie au moins **trois (3) mois** à l'avance et par écrit.


Article VI : Rencontre d'évaluation

Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

Article VII : Date d'effet

La présente convention prend effet à partir de la date de signature par les deux parties.

Dakar, le 31 OCT 2008.

<p><u>Pour la Structure de Santé</u></p>  <p><u>Le Directeur</u></p>	<p><u>Pour TransVie</u></p> <p>Mutuelle Sociale TRANSVIE</p> <p>Siège Social: Villa N° 3063 HLM x Mousse Tél: 33.824.33.44 - Fax : 33.824.33.45 Le P.C.A</p> <p><u>Le Président du Conseil d'Administration</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 5 : Convention avec le centre de santé Khadim Rassoul



CONVENTION POUR LA PRISE EN CHARGE DES MEMBRES DE LA MUTUELLE SOCIALE TransVie

Préambule

La très grande majorité des travailleurs du secteur des transports terrestres ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance maladie. Ils 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, 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 CNDS 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 dénommé TransVie en février 2008.

TransVie est une mutuelle sociale qui fonctionne suivant les principes de la mutualité (autonomie et liberté, solidarité, participation démocratique, but non-lucratif, responsabilité des membres et dynamique d'un mouvement social).

Elle est instituée pour apporter plus de dynamisme aux actions des routiers dans le domaine social et notamment la santé des travailleurs des transports routiers.

C'est dans ce cadre que la Mutuelle Sociale TransVie établit des collaborations surtout en direction des formations sanitaires. Ces partenariats se traduisent par la signature de conventions.

Entre la mutuelle Sociale des Travailleurs des Transports routiers du Sénégal dénommée TransVie sise aux HLM Angle Mousse villa N°3063 TEL : 33 824 33 44 représentée par son président Monsieur Modou Mboup.

D'une part

Et le Centre de Santé khadim Rassoul Représenté par le Médecin Chef du district

D'autre part :

Il a été convenu ce qui suit :

Il a été convenu ce qui suit :

Article I : Objet

La présente convention a pour objet de définir les relations de partenariat entre le Centre Santé khadim Rassoul et la Mutuelle sociale TransVie.

Article II : Les engagements

2.1 La structure de santé s'engage à :

- Réserver un bon accueil à tous les bénéficiaires de TransVie.
- Identifier les malades envoyés par les soins de TransVie, avant toute intervention.
- Prendre en charge les bénéficiaires sur la présentation de :
 1. carte de membre avec photos paraphée et en cours de validité ;
 2. coupon de garantie en cours de validité
- Fournir des soins de qualité conformément à son niveau de couverture, les risques pris en charge par la TransVie (voire liste des prestations couvertes) ;
- Prescrire pour les malades en première intention, les médicaments sous leur forme générique ;
- Faire payer comptant les bénéficiaires patients la part qui leur est dévolue (30%) dans les prestations servies ;
- Présenter tous les mois au plus tard le 10, les factures des différentes prestations données portant ; la date, le service, le numéro de code, les soins donnés et le tarif ;
- Impliquer TransVie dans l'organisation des activités de prévention pouvant intéresser les membres ;

2.2 TransVie s'engage à :

- Délivrer une carte de membre à présenter par ce dernier au Centre Santé Khadim Rassoul
- Fournir des attestations de soins en triple exemplaire au Centre Santé khadim Rassoul
- Honorer les factures présentées par la structure de santé et à la personne dûment mandatée dans un délai de 10 jours après réception ;
- S'impliquer dans des actions de prévention initiées par le Centre Santé khadim Rassoul

Article III : Durée

La présente convention prend effet à compter de sa date de signature.

Article IV : Arbitrage

Tout différend entre les deux parties sera réglé à l'amiable ; dans le cas contraire, il sera soumis aux autorités compétentes en la matière.

Article V : Résiliation

Le contrat peut prendre fin à tout moment à condition que la partie qui en a l'initiative en informe l'autre partie au moins **trois (3) mois** à l'avance et par écrit.



Article VI : Rencontre d'évaluation

Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

Article VII : Date d'effet

La présente convention prend effet à partir de la date de signature par les deux parties.

Dakar, le 09/06/2010

<p>Pour la Structure de Santé</p>  <p>Le Médecin Chef du district</p>	<p>Pour TransVie</p> <p>Mutuelle Sociale TRANSVIE</p> <p>Siège Social: Villa N° 3023 HLM x Mousse Tél: 33.824.33.45 Fax : 33.824.33.45 Le P.C.A</p>  <p>Le Président du Conseil d'Administration</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le Président du comité de santé



LE
PRÉSIDENT DU
COMITÉ DE
SANTÉ

Annexe 6 : Convention avec la Pharmacie Papa Faye

Mutuelle Sociale
TransVie

MUTUELLE SOCIALE DES TRAVAILLEURS ROUTIERS DU SENEGAL
TRANSVIE

Page 1/3

**CONVENTION DE PARTENARIAT
N°**

Entre la Mutuelle Sociale des Travailleurs des Transports routiers du senegal dénommée TransVie sise aux HLM Angle Mousse villa N°3063 TEL : 338243344 représentée par son président Monsieur Modou Mboup

D'une part

Et la PHARMACIE
Désignée ci-après par « le prestataire »
D'autre part,

PREAMBULE

I) Le Prestataire certifie être titulaire du diplôme réglementaire de la spécialité exercée, être autorisé à exercer cette activité au Sénégal.

II) L'ensemble des médicaments livrés sur ordonnance à nos patients le sont sous sa seule et entière responsabilité, dans le respect de la déontologie qui s'applique à sa profession, et des dispositions et réglementations légales en vigueur.

La responsabilité de la Mutuelle Sociale TransVie ne peut, en aucun cas, être engagée par ces prestations. Ceci étant, il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les relations contractuelles et partenariales liant le prestataire et la Mutuelle Sociale TransVie, dans le cadre de la délivrance des médicaments conformément aux conditions définies dans ladite convention.

Article 2 : But de la convention

La présente convention a pour but d'arriver, à l'aide de tout moyen approprié et dans un esprit de partenariat, à une meilleure maîtrise des dépenses en médicaments en intervenant, par un contrôle et à une gestion rigoureuse, sur :

- la fraude ;
- la surprescription ;
- la surconsommation ...etc.

Et ce, dans le respect des obligations définies ci-après.

Article 3 : Règlement des prestations

Le règlement des prestations sera effectué par la Mutuelle Sociale TransVie pour son propre compte et au nom de l'ensemble du personnel de TransVie

Article 4 : Bénéficiaire « Tiers payant »

Il est délivré, par la Mutuelle Sociale TransVie, à chaque bénéficiaire de la couverture médicale (Adhérent, conjoints ou conjointes et enfants) du personnel et des adhérents, une « CARTE D ADHERENT »
Les enfants ne disposeront pas de « CARTE D ADHERENT » mais seront inscrits au verso de la carte (Adhérent) de sa femme.

Seuls les détenteurs(trices) d'une « CARTE D'adhèrent» ,les conjoints(tes) et les enfants inscrits au verso de la carte pourront bénéficier sur présentation obligatoire de celle-ci.

CONVENTION DE PARTENARIAT
N°

HLM ANGLE MOUSSE N°3063 – BP 47649 DAKAR LIBERTE – Tel : 33 824 33 44 – Email : transvie@transvie.sn



Article 5 : La Facturation

Le prestataire adressera à la Mutuelle Sociale **TransVie**, tous les **trente (30) jours**, un relevé (facture) des prestations effectuées accompagné de toutes pièces justificatives.
Ce relevé devra être établi en **deux (2) exemplaires**, selon le modèle joint à la présente convention, et transmis à la Mutuelle Sociale **TransVie**, au plus tard les **05** de chaque mois.
Les médicaments doivent être facturés dans un délai maximum de 30 jours suivant leur date effective de livraison.

Article 6 : Le Délai de règlement

Le règlement des relevés sera effectué **30 jours** le 10 du mois après réception des relevés (factures).

Article 7 : Tarifs

(Sans objet)

Article 8 : Obligations des deux partis

- Le prestataire s'engage :
- à réserver aux détenteurs de la « CARTE D'ADHERENT » Mutuelle Sociale **TransVie** le meilleur accueil
 - Procéder à la vérification de la carte de membre et des autres outils ouvrant droits aux prestations, avant toute intervention
 - à délivrer aux patients ses produits pharmaceutiques dans le respect des termes du présent contrat et de la déontologie paramédicale et **sur ordonnance prescrite dans des structures conventionnées** par la Mutuelle Sociale **TransVie** et dont la liste est jointe à la présente convention;
 - à s'assurer que les membres de **Transvie** (adherent et personne en charge) n'ont pas dépassé le taux de prise en charge (30%)
 - à exclure : patte, brosse à dent, bandage, coton, sérum vaccin, soin de beauté, produits cosmétiques, Produits Alimentaires, Fortifiant, produits diététiques, les appareils orthopédique, Moustiquaire
 - à s'assurer que les médicaments prescrits sont **pris en charge par la Mutuelle Sociale**
 - à s'assurer de la qualité de bénéficiaire du patient, en exigeant
 - . sa « **carte d'adherent** » ;
 - . sa carte d'identité (ou celle du parent accompagnateur de l'enfant n'ayant pas l'âge de majorité) ou tout autre document attestant son identité ;
 - . **bon de commande « PHARMACIE »** (formulaire détenu par le patient) ;
 - en y apposant le cachet, la signature de la pharmacie, en détaillant à l'endroit réservé à cet effet les médicaments livrés et leur prix respectif, et l'accompagner (l'Original du bon de commande) de la facture
 - **à livrer à nos patients, autant que faire se pourra, des médicaments génériques ;**
 - à envoyer les factures à la Mutuelle Sociale **TransVie** au plus tard dans les trois mois qui suivent la date des livraisons. Dépassé ce délai, la Mutuelle Sociale **TransVie** n'effectuera plus le remboursement;
 - A avertir, sans délai, la Mutuelle Sociale **TransVie** de toute pratique qui lui paraît anormale et/ou de toute fraude ou tentative de fraude ;
 - à ne pas faire bénéficier du tiers payant les personnes pour lesquelles la Mutuelle Sociale **TransVie** aura explicitement indiqué, par tout moyen, que ces dispositions ne s'appliquent plus.

Article 9 : Obligation de la Mutuelle Sociale TransVie

la Mutuelle Sociale **TransVie** s'engage :

CONVENTION DE PARTENARIAT
N°

HLM ANGLE MOUSSE N°3063 – BP 47649 DAKAR LIBERTE – Tel : 33 824 33 44 – Email : transvie@transvie.sn

- à respecter le délai de règlement des prestations indiqué à l'article 6 de la présente convention ;
- à avertir, sans délai, le prestataire de toute modification de procédure, de toute limitation dans l'utilisation des « CARTE D adhérent », et/ou de toute radiation, ainsi que toute limitation le concernant;

Article 10 : La Fraude

la Mutuelle Sociale TransVie se réserve le droit, avant comme après le paiement des sommes dues, d'effectuer toute poursuite et d'engager toute action prévue par la législation à l'encontre des personnes convaincues de fraude ou tentative de fraude, ainsi qu'à l'encontre d'éventuels complices.

Article 11 : Date d'effet et durée de la convention

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les deux parties.
Elle est conclue pour une durée indéterminée.

Article 12 : Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties, pour quelque cause que ce soit, et notamment en cas de non respect de ses termes, moyennant un préavis de **DIX (10) jours** signifié par lettre « recommandée par porteur ».
Tout relevé et/ou facture en cours ne seront pris en charge que s'ils sont transmis à la Mutuelle Sociale TransVie dans un délai maximum de **trente(30) jours** après la date effective de la résiliation.

Article 13 : Litiges

En cas de différends, les parties signataires de la présente convention s'engagent à toujours trouver un règlement à l'amiable ou à saisir les juridictions sénégalaises compétentes.

Fait à Dakar, le

28 MAR 2012

ONT SIGNE

Le PCA

MUTUELLE SOCIALE TRANSVIE
SIS N° 33 824 33 44
Tel: 33 824 33 44
Fax: 33 824 33 45

LE PRESTATAIRE


PHARMACIE PAPA FAYE
Ex Camp Thiaroye en face Hôpital
de Pikine
Tél: 33 853 23 77

CONVENTION DE PARTENARIAT
N°

HLM ANGLE MOUSSE N°3063 – BP 47649 DAKAR LIBERTE – Tel: 33 824 33 44 – Email : transvie@transvie.sn

Annexe 7 : Convention avec la Clinique Achifaa(Maroc)

**CONVENTION DE TIERS PAYANT
MUTUELLE TRANSVIE – CLINIQUE ACHIFAA**

CASABLANCA, LE 11 JANVIER 2012

Etablie

Entre :

La mutuelle (TRANSVIE), 3063 hlm angle mousse représenté par son directeur général monsieur Abdou DIAGNE. Dakar- Sénégal

D'UNE PART

Et

La Clinique des Spécialités ACHIFAA sise à Casablanca, Rue el arjoun – Casablanca MAROC et représentée par son Président Directeur Général Dr el hassane TAZI

D'AUTRE PART

CHAPITRE I : OBJET DE LA CONVENTION

Article 1 : Engagement des parties

La mutuelle TRANSVIE agissant sur son propre mandat s'engage à faire bénéficier ses adhérents qu'elle prend en charge d'un système de tiers payant par lequel elle se substitue à eux pour le paiement des frais occasionnés par les soins médicaux et chirurgicaux, en application des termes de la présente convention.

La Clinique des Spécialités Achifaa, ainsi que les médecins qui y pratiquent s'engagent à accepter, sans réserves, les patients munis d'une prise en charge à concurrence des montants déterminés conformément au barème de la convention durant la validité de cette dernière, et à charge pour le patient de régler directement les éléments prévus à l'alinéa 2 de l'article 7.

Cette convention porte un caractère particulier d'exclusivité de prise en charge au sein de la clinique des spécialités Achifaa de Casablanca Maroc

La Clinique des Spécialités Achifaa s'engage également à :

- ✓ Respecter les dispositions prévues par la présente convention.
- ✓ Appliquer le barème défini par la présente convention à tous les patients munis d'une prise en charge par la mutuelle TRANSVIE.



Article 2 : Prestations concernées

La prise en charge, objet de la présente convention, est délivrée, sans exclusions, pour les prestations suivantes :

- ✓ Les hospitalisations médicales nécessitées par l'état pathologique du malade ;
- ✓ Les hospitalisations chirurgicales quelque soit le coefficient de l'acte chirurgical ;
- ✓ Les hospitalisations suite à un accident ;
- ✓ Les hospitalisations pour l'accouchement et ses suites ;
- ✓ Les hospitalisations de jour, les actes ambulatoires, les bilans de santé et les chek-up.

CHAPITRE II : FONCTIONNEMENT DE LA CONVENTION

Article 3 : Etablissement de la prise en charge

Sur la base du dossier médical du patient, la clinique et le ou les médecins traitants, s'engagent à établir et à remettre à la mutuelle TRANSVIE un devis qui servira à établir la prise en charge.

Ce devis doit être accompagné d'un pli confidentiel du médecin traitant à l'attention du médecin conseil de la mutuelle TRANSVIE indiquant :

- ✓ La nature précise de la maladie nécessitant l'hospitalisation
- ✓ Le diagnostic justifiant l'intervention indiquée ;
- ✓ La date programmée et la durée prévue de l'hospitalisation.
- ✓ La nature exacte des actes médicaux envisagés et des examens nécessaires avec leurs cotations.

Durant l'hospitalisation, le médecin traitant peut faire appel à un ou plusieurs confrères de spécialités différentes pour avis, si l'état du patient le nécessite.

Si l'état du patient nécessite un suivi de la part d'un confrère ou des examens non prévus dans le devis initial, un autre devis doit être adressé au médecin conseil de la mutuelle TRANSVIE. Ce nouveau devis donnera lieu à une nouvelle prise en charge qui annulera et remplacera la ou les prises en charge précédentes.

Article 4 : Application du barème

Le barème applicable à la présente convention est celui de la convention de tiers payant liant la Fédération marocaine des sociétés d'assurance et de réassurance (FMSAR) au conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) y compris ses avenants périodiques éventuels et des assurances .

Article 5 : cotation des actes

Les actes donnant lieu à la prise en charge sont ceux définis par la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur au Maroc (dahir 1-76-432 tel qu'il a été modifié et complété) ainsi que les actes cotés par assimilation conformément aux dispositions de la convention FMSAR-COM

Article 6 : Visites de contrôle

Pendant la durée de l'hospitalisation, le médecin conseil est habilité à effectuer des visites auprès des patients hospitalisés dans le respect du code de déontologie médicale.

La clinique s'engage à permettre au médecin conseil l'accès au malade et à son dossier, en présence du médecin traitant ou avec son autorisation.

Article 7 : Accès aux documents d'hospitalisation

La mutuelle TRANSVIE est habilitée à se faire communiquer toutes les pièces et documents relatifs à l'hospitalisation.

Les documents couverts par le secret médical ne peuvent être adressés qu'au médecin conseil de la mutuelle TRANSVIE, à qui il appartient d'en préserver la confidentialité. Leur demande doit faire l'objet d'un écrit signé nominativement par le médecin conseil adressé à la clinique.

CHAPITRE III : REGLEMENT DES FACTURES

Article 7 : Base de règlement

- Sur la base de l'originale de la prise en charge, la mutuelle TRANSVIE s'engage à régler directement à la clinique les sommes dues conformément à la convention FMSAR-CNOM .
- Restent à la charge du patient les extra tels que :
 - ✓ Lit et repas de l'accompagnement, suite, téléphone, télévision...

Article 8 : Dossier de règlement

La clinique adresse à la mutuelle TRANSVIE, dès la sortie du patient et au plus tard dans les huit jours suivants, un dossier comprenant les documents suivants :

- ✓ L'originale de la prise en charge accompagnée de la photocopie du document d'identité de la personne hospitalisée (passeport).;
- ✓ Les notes d'honoraires ventilées, cachetées et signées par les praticiens, précisant les cotations des actes et les honoraires correspondants. Les notes doivent être établies sur les ordonnances des médecins.



- ✓ La facture de la clinique précisant le détail des frais, y compris les honoraires des praticiens.
- ✓ La copie de la facture correspondant aux extra acquittés par le patient dûment cachetée par la clinique.
- ✓ Un compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin conseil de TRANSVIE.
- ✓ Les bulletins d'entrée et de sortie contresignés par le malade, un membre de sa famille, ou un représentant de la mutuelle TRANSVIE.
- ✓ Les factures détaillées de laboratoire, de radiologie ou de toute autre prestation médicale.
- ✓ Les justificatifs, pharmaceutiques et le relevé détaillé des fournitures médicales qui n'entrent pas dans les forfaits de médicament et les forfaits de bloc.

✓
Toute hospitalisation donne lieu à l'établissement d'une et une seule facture originale.

Les copies ou duplicatas doivent être clairement précisés et doivent porter le cachet de la clinique.

Article 9 : Délai de règlement

La mutuelle TRANSVIE s'engage à régler à la clinique les dossiers complets dès la date de leur réception.

Elle s'engage également à informer systématiquement le médecin traitant concerné de tout règlement effectué au profit de la clinique.

CHAPITRE IV : ENTREE EN VIGUEUR DE LA CONVENTION – DUREE – DENONCIATION

Article 10 :

La présente convention est conclue pour une durée de deux ans. Elle prend effet à compter de sa signature par les deux parties concernées et elle cesse au 31 décembre de l'année suivant celle de la signature.

Au terme de cette période, la convention est reconduite par tacite reconduction pour une durée annuelle.

La dénonciation de la convention peut intervenir à tout moment par l'une des parties sous réserve d'un préavis de trois mois.

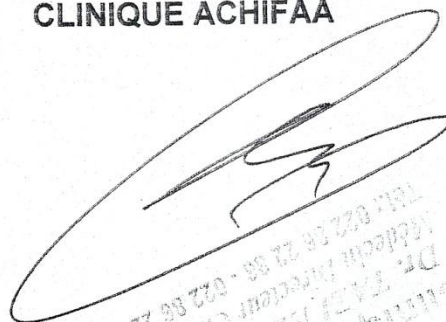


Le 11 janvier 2012-01-11 casablanca

Abdou DIAGNE
Directeur général
TRANSVIE

Dr el hassane TAZI
président Directeur général
CLINIQUE ACHIFAA


Mutuelle sociale
TRANSVIE
Siege Social: Villa N° 3053 HLM X Mousse
Tel: 33.824.33.44 - Fax: 33.824.33.45
Le Directeur Général


CLINIQUE ACHIFAA
DR EL HASSANE TAZI
Tél: 022 88 22 38 - Fax: 022 88 22 27
Laboratoire d'Analyses Cliniques

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 9 : Fiche d'adhésion

Mutuelle Sociale Trans Vie
Siège Social : HLM Angle Mousse Villa N° 3063 ☎ : 33.824.33.44 / Fax 33.824.33.45 B.P : 47649 / Dakar Liberté

Code (À remplir par la mutuelle)

Section	

Regroupement			

Adhérent				

Bénéficiaire	

FICHE D'ADHESION



Je soussigné(e) Monsieur (Madame)

Nom : Prénoms :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

Téléphone : Fax : Email :

Nationalité :

Activité principale :

Date d'Entrée : N° CIN :

Carnet délivré le : Période d'observation du :

demande mon adhésion à la mutuelle sociale des travailleurs des transports routiers du Sénégal **TransVie**. Je m'engage à respecter les statuts, Règlement intérieur et les autres textes régissant le fonctionnement de **TransVie**. Je déclare les personnes ci-dessous à ma charge conformément aux textes.

Personnes à charges


Date d'entrée	Code	Nom et Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Date de Sortie

Annexe 9 : Carte d'adhérent

**Mutuelle Sociale
TransVie**

MUTUELLE SOCIALE TransVie

Carte d'adhérent



Identification du membre

Code mutuelle :	01/0001/00152/01
Nom :	MBAYE MBENGUE
Date de naissance :	13 mars 1986
Sexe :	Masculin
Adresse :	YEUMBEUL
Profession :	Chauffeur
Groupement :	Ousmane Mbengue 1
Subdivision :	Avenue du sénégal

Signature de l'adhérent Cachet de la mutuelle

**Mutuelle Sociale
TransVie**
S/S N° 3063 HLM x Mousse
Tél. 33 824 33 44 Fax 33 824 33 45

Personnes à charge

Photo	Code mutuelle	Nom	Date de naissance	Sexe
	01/0001/00152/02	ASTOU DIOP	10 oct. 1980	Feminin
	01/0001/00152/03	SALIMATA MBENGUE	8 déc. 2004	Feminin
	01/0001/00152/04	ADAMA MBENGUE	29 sept. 2007	Feminin

**Mutuelle Sociale
TransVie**

MUTUELLE SOCIALE TransVie
S/S N°3063 Hlm x Mousse
Tél: 33 824 33 44
Fax: 33 824 33 45

Nom :
Prénom :
Code adhérent :

Merci de prendre en charge les bénéficiaires identifiés sur la carte du membre conformément à la convention signée avec votre structure sanitaire
Période de validité : du 15/11/2012 au 15/12/2012

Cachet de la mutuelle

Annexe 10 : Fiche de renseignement de regroupement



FICHE DE RENSEIGNEMENT REGROUPEMENT

Section locale	
N° Code de la structure	
Date d'adhésion	

(A remplir par la structure)

Nom de la structure
Date de création
Adresse du siège
Personnes contacts	Prénom(s) et Nom :
	Fonction :
	Téléphone :
	Prénom(s) et Nom :
	Fonction :
	Téléphone :
Prénom(s) et Nom :	
Fonction :	
Téléphone :	
Nombre de membres	
Activité	<input type="checkbox"/> Taxis <input type="checkbox"/> Bus AFTU <input type="checkbox"/> Cars rapides <input type="checkbox"/> Ndiaga Ndiaye <input type="checkbox"/> Transport marchandises <input type="checkbox"/> Autres
Type de cotisation	
Financement des cotisations	
Fait àle	
Nom responsable :	
Signature	

Annexe 11 : Lettre de garantie



Lettre de garantie /N° MSTRV/2012/...

Valable du **01/12/2012** au **31/12/2012**

Formation médicale :

Conformément à la convention signée entre la Mutuelle Sociale TransVie et votre formation médicale, nous vous remercions de bien vouloir prendre en charge le bénéficiaire identifié ci-dessus sur la carte de membre.

Veillez faire payer sur place 10% du montant de la facture au bénéficiaire et faire parvenir le reste (**90%**) avec tous les détails à la mutuelle sociale TransVie.

Nom bénéficiaire :

Prénom bénéficiaire :

N° de code :

/
A remettre à l'accueil de
La formation médicale
Accompagnée de la carte de santé

Dakar le/.. /2012

(signature et tampon)

NB : Veuillez bien appliquer à ce membre la tarification PAF, conformément à la convention signée avec votre structure.

Annexe 12 : Dépliants des produits de TRANSVIE



**Mutuelle Sociale
TransVie**

Nous roulons
en bonne santé



**SANTE
PREVOYANCE
MICRO-ASSURANCE**

Siège Social
HLM x MOUSSE N° 3063
BP : 47649 Dakar-Liberté
Tel: (221)33 824 33 44
Fax: (221)33 824 33 45
transvie@transvie.sn

Agence Kaolack
63, Leona Kaolack
en face école Gambetta
Tel /Fax : 33 942 29 42

Agence Touba
Touba Darou Manane,
1er étage n° 0096 en face villa
Serigne Modou KARA (Tableau 40)
Tel /Fax : 33 978 36 02

Agence pikine
Direction Clean oil
S.A pikine tally boumack
Tel: 33 834 50 54



www.transvie.sn

STRUCTURES CONVENTIONNEES

A Dakar

Hôpital Fann
Hôpital Dantec
Hôpital Albert Royer
HO.G.GY
CHN Pikine

Centre de santé

- Polyclinique Golf Sud
- Roi Baudouin
- Youssou Mbargane
- Hann sur Mer
- SAMU
- khadim Rassoul (Mbao Dakar)
- Phillip Maguiléne Senghor de yoff
- Keur Massar
- Camberéne

Dans les Régions

Hôpital

- Sakhir Ndieguéne (Thies)
- Saint Jean de Dieu (Thies)
- Heinrich lubke (DIOURBEL)
- Matlaboul fawirzeyni (Touba)

District sanitaire de MBOUR E.P.S 1
Centre de santé de Mbacké (Touba)
Centre de santé Kasnack (Kaolack)

ors du pays

Clinique des Spécialités achifaa au (MAROC)
Clinique Zerkouni d'Orthopédie Traumatologie MAROC

Les pharmacies

Pharmacie LAT DIOR (Petersen)
Pharmacie Touba M'backe colobane (Rond-point)
Pharmacie Guediawaye face Roi baudouin
Pharmacie CHN Pikine (en face camp thiaroye)

TAUX DE PRISE EN CHARGE

Hôpitaux 90%
Centres de santé 70%
Pharmacie 30%

SERVICES PRIS EN CHARGE

Tous les services et médicaments servis au niveau des structures sanitaires conventionnés

EXCLUSIONS :

La chirurgie esthétique,

alcool/drogue, tentative suicide, soins de confort, produits pharmaceutiques de confort, prothèse dentaires, lunetterie. Les accidents du travail (pour les titulaires de contrat de travail enregistrés à la CNSS). Les personnes prises en charge par d'autres programmes tels que le plan Sésame pour les personnes de plus de soixante ans. Une collaboration spécifique avec d'autres programmes pourraient être envisagés notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Autres Produits:

EVASAN : (évacuation sanitaire au Maroc)

PRISE EN CHARGE: 100%

BILLET D'AVION: 80%

PROTECTION-HOSPI: (indemnités journalières en cas d'hospitalisation)

PARTENAIRES

Ministère du transport
Ministère du Travail
Ministère de la santé (CAFSP)
PAMAS
BIT/ STEP
Comité National du Dialogue Social (CNDS)
MS/PAMECAS
AFTU
MECTRANS
MUTUELLE BLEUE (france)
CETUD
DYNAMIC



Mutuelle Sociale
Transvie

Nous roulons en bonne santé



Protection Hospi



Transvie vous offre les avantages d'une bonne prise en charge

POUR UN FORFAIT MENSUEL DE 1 000 F CFA,
BENEFICIEZ DU PRODUIT:

PROTECTION HOSPI

ARGUMENTAIRES

Chaque année, 1 famille sur 5 est confrontée à une hospitalisation. Même si vous êtes pris en charge par **Transvie**, une hospitalisation entraîne des frais imprévus qui restent souvent à votre charge: Frais de transport, de repas, dépenses diverses etc. Pour ne pas ajouter des soucis financiers aux soucis de santé.

GARANTIES PROPOSEES

Indemnités journalières de 2 500 F / jour en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille couvert par **Transvie**. La garantie est immédiate en cas d'accident: les indemnités sont alors versées dès le 1^{er} jour d'hospitalisation/ sur option. En cas d'hospi pour maladie le délai d'attente après la souscription est de 60 jours si vous avez moins de 60 ans et de 90 jours si vous avez plus de 60 ans. Les indemnités sont alors versés à partir du 4^{ème} jour d'hospi.

5 AVANTAGES QUI FONT LA DIFFERENCE

- Des indemnités que vous utilisez à votre guise
- Une indemnisation dès le 1^{er} jour d'hospi en cas d'accident, dès le 4^{ème} jour en cas de maladie et pouvant se prolonger jusqu'à 15 jours
- Des indemnités réglées directement et très rapidement
- Une cotisation peu élevée
- Pas de questionnaire santé

EVASAN

Une évacuation
sanitaire garantie



Clinique des Spécialités achifaa au
MAROC
Clinique Zerktouni d'Orthopédie
Traumatologie MAROC

OBJECTIFS
GARANTIES PROPOSÉES
CONDITIONNALITÉS
TARIFICATIONS
RÉSEAU MAROC



Mutuelle Sociale
Transvie
Nous roulons en bonne santé

OBJECTIFS

La mise en place d'une garantie EVASAN permet d'offrir aux assurés la possibilité de se soigner au Maroc

Cette nouvelle démarche confirme parfaitement la volonté de TRANSVIE de répondre aux attentes de ses membres

Cette nouvelle garantie qui sera mise en place permettra de proposer des plateaux techniques de qualité aux membres de la mutuelle.

GARANTIES PROPOSÉES

Le contrat qui sera mis en place offrira les garanties suivantes :

- Transfert médical vers une structure médicale marocaine
- Prise en charge du transport.
- Choix du prestataire médical (2 à casa 1 à rabat)
- Accueil à l'aéroport
- Suivi du dossier médical
- Prise en charge des soins Médicaux

CONDITIONNALITÉS

Avoir souscrit à l'assurance maladie classique. Une cotisation de 15000 F CFA par membre:
période d'observation deux mois
20000 F CFA pour un adhérent non affilié à Transvie et une période d'observation allant de 9 mois à un an

Le montant des remboursements est de 2 000 000 F CFA au delà il faut l'accord express du conseil d'administration
Toutes les démarches administratives concernant l'évacuation seront effectuées par Lidel consulting.

TARIFICATIONS

Les cotisations pour cette garantie sont individuelles
Chaque adhérent à la possibilité de cotiser pour ses bénéficiaires.
La cotisation est unique.
Elle prend en compte les garanties suivantes :

- Le billet d'avion, les soins médicaux, les services d'assistance compris
- La cotisation annuelle est fixée à 15 000 F CFA/an/assuré

RESEAU MAROC

Pour mettre en place ces garanties, TRANSVIE a signé des conventions de prise en charge avec des prestataires au Maroc.
Ces conventions permettront de :

- Accéder aux plateaux techniques Marocains
- Faciliter la prise en charge
- Bénéficier d'une tarification préférentielle
- Internationaliser la mutuelle

Mutuelle Sociale
Transvie

Annexe 13 : répartition des dépenses en prestation selon les structures

Dépenses en prestations en 2009

2009		
STRUCTURE	Montant facturé	Pourcentage(%)
CS Abdoul Aziz Sy	256 656	2,8
CS Roi Baudoin	977 614,2	10,6
H Albert Royer	343 800	3,8
H Fann	456 480	4,9
H Pikine	2 379 598,4	25,8
H Youssou Mbargane	150 150	1,6
HALD	831 395	9
HOGGY	2 160 529,5	23,4
HPD	1 022 319	11,1
Polyclinique Golf Sud	257 020	2,8
SAMU Municipal	389 582,5	4,2
Total	9 225 144,6	100

Dépenses en prestations en 2010

2010		
STRUCTURE	Montant facturé	Pourcentage(%)
CS Abdoul Aziz Sy	125 195	1,2
CS KhadimRassoul	36 890	0,3
CS Roi Baudoin	695 105,2	6,4
H Albert Royer	1 021 500	9,4
H Fann	647 650	6
H Pikine	3 810 196	35,2
H YoussouMbargane	60 807	0,6
HALD	1 595 370	14,7
HOGGY	1 275 763	11,7
HPD	370 680	3,4
Polyclinique Golf Sud	161 220	1,5
SAMU Municipal	1 037 126	9,6
Total	10 837 502,2	100

Dépenses en prestations en 2011

2011		
STRUCTURE	Montant facturé	Pourcentage(%)
CS Abdoul Aziz Sy	136 373	1,1
CS Darou Marnane	8 955	0,1
CS Khadim Rassoul	142 259	1,1
CS Matlaboul Fawzéni	544 278	4,2
CS Roi Baudoin	376 286	2,9
H Albert Royer	374 000	2,9
H Ndamatou	113 000	0,9
H Fann	1 308 270	10,1
H Pikine	3 949 602	30,6
H R Louga	144 550	1,1
H R Thiès	185 625	1,4
HALD	964 650	7,5
HOGGY	3 212 904	24,8
HPD	362 757	2,8
Polyclinique Golf Sud	380 690	2,9
SAMU Municipal	717 885	5,6
Total	12 922 084	100

Dépenses en prestations en 2012

2012		
STRUCTURE	Montant facturé	Pourcentage(%)
CS Abdoul Aziz Sy	156 846	0,5
CS Darou Marnane	79 325	0,3
CS Kasnack	10 216,5	0,0
CS KhadimRassoul	29 390	0,1
CS KeurMassar	62 855	0,2
CS MatlaboulFawzéni	1 985 925	6,8
CS Philipe M. Senghor	156 030	0,5
CS Roi Baudoin	660 935	2,3
CS S.M.Madina	159 890	0,5
H Albert Royer	1 414 242	4,8
H Fann	2 525 300	8,7
H Ndamatou	200 650	0,7
H Pikine	6 858 198	23,5
HALD	3 086 985	10,6
HOGGY	3 311 586	11,4
HR Kaolack	379 800	1,3
HR Louga	91 650	0,3
HR Thiès	766 672	3
Polyclinique Golf Sud	250 880	0,9
SAMU Municipal	1 387 941	4,8
Clinique Croix bleue	1 722 289	5,9
Clinique IMMODSEN	395 280	1,4
Clinique Keur Marie	403 400	1,4
Pharmacie Boubakh	194 175	0,7
Pharmacie Lat Dior	296 573	1
Pharmacie Papa Faye	743 012,4	2,5
Pharmacie Safieddine	534 261	1,8
Pharmacie Touba Mbacké	1 296 777,2	4,4
Total	29 161 084,1	100

Annexe 14 : répartition des dépenses selon les actes

Dépenses selon les actes en 2009

2009		
Actes	Montant facturé	Pourcentage
Accouchements compliqués	421 750	4,57
Accouchements simples	265 500	2,88
Actes de médecine	285 755	3,1
Analyses médicales	684 150	7,42
Autres actes de diagnostic	225 750	2,45
Autres actes de maternité	13 605	0,15
Autres consultations spécialisés	10 800	0,12
Autres soins externes	106 450	1,15
Autres spécialités	6 750	0,07
Consultation ORL	1 753 480	19,01
Consultations	543 535	5,89
Consultations cardiologiques	85 625	0,93
Consultations en dermatologie	169 750	1,84
Consultations gynécologiques	70 300	0,76
Consultations ophtalmologiques	69 750	0,76
Consultations orthopédiques	4 500	0,05
Consultations pédiatriques	24 840	0,27
Consultations prénatales	617 973	6,7
Echographie	1 112 420	12,06
Frais de lit(Hotellerie)	214 600	2,33
Hospitalisation liées à la maternité	237 887	2,58
Médicaments génériques	567 477,7	6,15
Mise en observation	901 921,9	9,78
Pansement, injections	70 425	0,76
Radiologie	430 300	4,65
Scanner	179 100	1,94
Soins dentaires	150 750	1,63
TOTAL	9 225 144,6	100

Dépenses selon les actes en 2010

2010		
Actes	Montant facturé	Pourcentage
Accouchements compliqués	150 710	1,39
Accouchements simples	318 036	2,93
Acte de chirurgie	291 100	2,69
Acupuncture-kiné	5 400	0,05
Analyses médicales	2 025 545	18,69
Autres actes de diagnostic	43 410	0,4
Autres actes de maternité	4 700	0,04
Autres consultations spécialisés	88 525	0,83
Autres soins exrernes	286 632	2,64
Autres spécialités	109 950	1,01
Cardiologie	693 750	6,4
Consultation kinésithérapeute	2 700	0,02
Consultation ORL	505 340	4,66
Consultation sage-femme	1 050	0,01
Consultations	664 800	6,13
Consultations cardiologiques	24 100	0,22
Consultations en dermatologie	70 050	0,65
Consultations gastrologiques	11 600	0,11
Consultations gynécologiques	331 940	3,06
Consultations neurologiques	7 200	0,07
Consultations ophtalmologiques	161 900	1,49
Consultations orthopédiques	40 500	0,37
Consultations pédiatriques	252 340	2,33
Consultations post-natales	2 100	0,02
Consultations prénatales	6 950	0,07
Cs. Dentaire	15 000	0,14
Echographie	979 500	9,04
Evacuation	12 150	0,11
Extractions dentaires	15 700	0,14
Frais de lit(Hotellerie)	1 080 096	9,97
Hospitalisation liées à la maternite	459 290	4,24
Mammographie	35 000	0,32
Médicaments génériques	444 829,7	4,1
Mise en observation	470 778,5	4,34
Pansement, injections	41 780	0,39
Radiologie	793 950	7,33
Scanner	211 500	1,95
Soins dentaires	177 600	1,65
TOTAL	10 837 502,2	100

Dépenses selon les actes en 2011

2011		
Actes	Montant facturé	Pourcentage
Accouchements compliqués	546 757	4,23
Accouchements simples	321 315	2,49
Acte de chirurgie	1 165 800	9,02
Acupuncture-kiné	10 800	0,08
Analyses médicales	3 277 647	25,36
Anesthésie	4 500	0,03
Autres actes de diagnostic	34 200	0,26
Autres actes de maternité	25 663	0,2
Autres actes hospitalisation	46 782	0,36
Autres consultations spécialisées	24 300	0,19
Autres soins externes	544 683	4,22
Autres spécialités	240 075	1,86
Cardiologie	51 000	0,39
Consultation kinésithérapeute	166 725	1,29
Consultation ORL	34 950	0,27
Consultation sage-femme	76 500	0,59
Consultations	986 609	7,64
Consultations cardiologiques	111 187	0,86
Consultation drépanocytose	4 500	0,03
Consultations en dermatologie	34 950	0,27
Consultations gastrologiques	109 800	0,85
Consultations gynécologiques	330 620	2,56
Consultations neurologiques	3 600	0,03
Consultations ophtalmologiques	209 475	1,62
Consultations orthopédiques	24 750	0,19
Consultations pédiatriques	278 650	2,16
Consultation pneumologie	3 500	0,03
Consultations post-natales	1 820	0,01
Consultations prénatales	11 400	0,09
Cs. Dentaire	28 650	0,22
Echodoppler	78 300	0,61
Echographie	1 126 050	8,71
Extractions dentaires	142 450	1,1
Fibroscopie	45 000	0,35
Frais de lit(Hotellerie)	268 800	2,08
Hospitalisation liées à la maternité	703 743	5,45
Laboratoire	61 200	0,48
Mammographie	49 000	0,38
Médicaments génériques	569 148	4,4
Mise en observation	9 000	0,07
Pansement, injections	55 395	0,43
Radiologie	690 740	5,35

Réanimation	45 000	0,35
Scanner	111 600	0,86
Soins dentaires	179 050	1,39
Urologie	76 400	0,59
TOTAL	12 922 084	100

Dépenses selon les actes en 2012

2012		
Actes	Montant facturé	Pourcentage
Accouchements compliqués	272 670	1,22
Accouchements simples	326 200	1,46
Acte de chirurgie	2 047 990	9,19
Analyses médicales	4 450 715	19,96
Autres actes de diagnostic	529 355	2,37
Autres actes de maternité	2 100	0,01
Autres actes hospitalisation	94 918	0,43
Autres consultations spécialisées	33 350	0,15
Autres soins externes	349 853	1,57
Autres spécialités	194 050	0,87
Cardiologie	57 375	0,26
Consultation chirurgie	2 250	0,01
Consultation kinésithérapeute	17 100	0,08
Consultation odonto	2 250	0,01
Consultation ORL	114 150	0,51
Consultation sage-femme	36 975	0,17
Consultations	1 636 310	7,34
Consultations cardiologiques	245 725	1,1
Consultations en dermatologie	137 200	0,62
Consultations gastrologiques	117 000	0,52
Consultations gynécologiques	619 800	2,78
Consultations neurologiques	10 350	0,05
Consultations ophtalmologiques	381 550	1,71
Consultations orthopédiques	80 800	0,36
Consultations pédiatriques	271 730	1,22
Consultations post-natales	5 140	0,02
Consultations prénatales	24 590	0,11
Cs. Anesthésie	4 500	0,02
Cs. Dentaire	23 775	0,11
Echodoppler	19 800	0,09
Echographie	1 567 930	7,03
Extractions dentaires	223 400	1
Fibroscopie	22 500	0,1
Frais de lit(Hotellerie)	1 475 329	6,62
Hospitalisation liées à la maternité	128 520	0,58
Laboratoire	504 045	2,26

Mammographie	178 180	0,8
Médicaments génériques	853 048,5	3,83
Médicaments spécialités	2 726 192,6	12,23
Mise en observation	5 850	0,03
Pansement, injections	66 240	0,3
Radiologie	1 389 825	6,23
Réanimation	190 800	0,85
Scanner	230 200	1,03
Soins dentaires	461 400	2,07
Urologie	160 200	0,72
TOTAL	22 293 231,1	100

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

Sommaire-----	ii
Résumé-----	iii
Dédicaces -----	iv
Remerciements-----	v
Liste des abréviations-----	vi
Liste des tableaux et figures-----	viii
Introduction-----	1
Première partie : Cadre conceptuel -----	4
Chapitre I : Contexte et Problématique-----	5
I.1 Généralités sur le Sénégal-----	5
1.2.1 Situation géographique et administrative-----	5
1.2.2 Situation sociodémographique-----	5
1.2.3 Situation économique-----	5
1.2.4 Système de santé-----	6
1.2.4.1 Politique de santé-----	6
1.2.4.2 Organisation du système de santé-----	6
1.2.4.3 Offre de services-----	7
1.2.5 Financement de la santé-----	8
1.2.6 Institutions de micro-crédit et de mutualité au Sénégal-----	9
1.2.6.1 Institutions de micro-finance-----	9
1.2.6.1.1 Historique et évolution-----	9
1.2.6.1.2 Cadre institutionnel et politique de développement-----	9
1.2.6.1.3 Principaux acteurs et animateurs-----	10
1.2.6.2 Mutuelles de santé-----	10
1.2.6.2.1 Historique des mutuelles de santé-----	10
1.2.6.2.2 Evolution des mutuelles de santé-----	11
1.2.6.2.3 Cadre institutionnel et politique de développement-----	12
1.3 Problématique-----	14
1.2.1 Présentation de la problématique-----	14
1.2.4 But-----	15
1.2.5 Objectifs de l'étude-----	16
1.2.3.1 Objectif général-----	16
1.2.3.2 Objectifs spécifiques-----	16
Chapitre II : Revue de la littérature-----	17
Deuxième partie : Cadre opérationnel-----	21
Chapitre III : Cadre de l'étude-----	22
3.1 La mutuelle sociale TRANSVIE-----	22
3.1.1Historique-----	22
3.1.2Cadre institutionnel-----	23
3.1.3Fonctionnement et administration de TRANSVIE-----	24
3.1.4Les membres de la mutuelle-----	25
3.1.5Organisation financière-----	26
3.1.6 Convention TRANSVIE-MECTRANS-----	26

6.2 MECTRANS-----	27
3.2.1 Historique-----	27
3.2.2 Principes fondamentaux-----	27
3.2.3 Organisation : gestion et administration-----	28
3.2.4 Les membres-----	29
3.2.5 Les opérations de crédit-----	30
Chapitre IV : Méthodologie-----	31
4.1 Stratégie de recherche-----	31
4.2 Variables et indicateurs d'évaluation-----	32
4.3 Méthode d'investigation-----	34
4.4 Critères d'inclusion-----	34
4.5 Méthode d'analyse des données-----	34
4.6 Outils d'analyse des données-----	34
4.7 Limites-----	35
Chapitre V : Résultats, Analyse et Recommandations-----	36
5.1 Résultats-----	36
5.1.1 Viabilité institutionnelle-----	36
5.1.1.1 Cadre institutionnel-----	36
5.1.1.2 Structures d'appui en relation avec la MS-----	36
5.1.1.3 Relation avec les autorités locales-----	36
5.1.2 Viabilité technique-----	37
5.1.2.1 La compétence gestionnaire-----	37
5.1.2.2 Les modalités d'adhésion-----	37
5.1.2.3 Les paramètres de la gestion des garanties-----	39
5.1.3 Viabilité fonctionnelle-----	44
5.1.3.1 Evolution du nombre des adhésions-----	44
5.1.3.2 Evolution du nombre des bénéficiaires-----	46
5.1.3.3 Taux de croissance des adhésions (T1) ou taux de croissance brut-----	47
5.1.3.4 Taux de croissance brut des bénéficiaires (T2) -----	47
5.1.3.5 Taux de fidélisation (T3) -----	48
5.1.3.6 Taux de pénétration (T4) -----	48
5.1.4 Viabilité financière-----	49
5.1.4.1 Les cotisations-----	50
5.1.4.2 Le taux de recouvrement des cotisations(T5) -----	51
5.1.4.3 Les ratios-----	51
5.1.4.4 Répartition des dépenses en prestations selon les structures-----	53
5.1.4.5 Répartition des dépenses selon les actes-----	54
5.1.5 Viabilité économique-----	55
5.2 Analyse des résultats-----	56
5.3 Analyse FFOM-----	57
5.4 Recommandations-----	58
Conclusion -----	60
Bibliographie-----	61
Annexes-----	64

Annexe 1 : Guide d'entretien-----	65
Annexe 2 : Première convention avec MECTRANS-----	67
Annexe 3 : Deuxième convention avec MECTRANS-----	71
Annexe 4 : Convention avec l'Hôpital Aristide le Dantec-----	75
Annexe 5 : Convention avec le centre de santé Khadim Rassoul-----	78
Annexe 6 : Convention avec la Pharmacie Papa Faye-----	81
Annexe 7 : Convention avec la Clinique Al Chifaa(Maroc) -----	84
Annexe 8 : Fiche d'adhésion-----	90
Annexe9 : Carte d'adhérent-----	92
Annexe 10 : Fiche de renseignement regroupement-----	93
Annexe 11 : Lettre de garantie-----	94
Annexe 12 : Dépliants des produits de TRANSVIE-----	96
Annexe 13 : Répartition des dépenses en prestation selon les structures-----	98
Annexe 14 : Répartition des dépenses selon les actes-----	101

CESAG - BIBLIOTHEQUE