



**Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion**

**Département CESAG Santé**

**Mémoire de Fin D'Etudes en MBA- Economie de la Santé**

**20<sup>ème</sup> promotion**



**ANALYSE DE LA VIABILITE DES MUTELLES DE SANTE  
COMMUNAUTAIRES DANS LE CONTEXTE D'EXTENSION DE LA  
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE : MUTUELLE DE SANTE  
COMMUNAUTAIRE « YOKKUTE » DE GRAND- DAKAR**

**Présenté par :**

**M. Ahmadou Bamba Mbengue**

**Sous la direction de :**

**Pr Mamadou Moustapha Thiam  
Statisticien-Démographe-Economiste  
Enseignant associé au CESAG**

**Octobre 2018**

## **DEDICACE**

**A ALLAH LE TOUT MISERICORDIEUX POUR TOUS LES BIENFAITS QU'IL M'A  
ACCORDES,**

A la mémoire de mes grands-parents,

A mon Papa pour son soutien financier et ses conseils pédagogiques,

A ma Maman pour son affection et ses multiples prières et bénédictions qui  
m'accompagnent,

A mon épouse pour son soutien sans failles,

A tous mes frères et sœurs,

A tous mes amis et connaissances,

Je vous dédie ce mémoire.

## REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire, nous ne pouvons manquer d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à sa réalisation et à tous ceux qui ont contribué à notre formation en économie de la santé.

Nos remerciements s'adressent à notre directeur de mémoire le **Pr Mamadou Moustapha THIAM**. Les mots nous manquent pour exprimer notre profonde gratitude et estime à votre égard. Malgré votre emploi de temps chargé vous avez suivi ce travail dans la pure orthodoxie académique.

Nous ne saurions passer sous silence le précieux concours que nous a apporté tout le corps professoral et administratif du département CESAG-SANTE, mention spéciale à notre chef de département **Dr El hadji GUEYE** et à son assistante de programme **Mme Sokhna Mously SEYE**.

Nous remercions le Médecin-chef du district sanitaire de Dianké Makha, **Dr Alseyeni DIALLO** et à toute l'équipe du district sanitaire de Dianké Makha.

Nous exprimons nos sincères remerciements à la famille **KANE** et **SENE** à Dakar, à tous mes cousins et cousines, à tous mes oncles et tantes pour leur soutien indéfectible durant notre formation.

Nos remerciements s'adressent également aux gestionnaires de la mutuelle de santé Yokkuté de Grand- Dakar particulièrement **M. Demba SEYDI**, le Président du conseil d'administration ,pour m'avoir donné l'autorisation de faire la collecte des données au sein de sa mutuelle , à **Mme Thiaba Coura FAYE** la trésorière générale et à **M. Mamour DIOP** le gérant.

A tous nos camarades de la 20<sup>ème</sup> promotion d'Economie de la Santé pour la convivialité et l'esprit d'équipe qui ont toujours prévalu durant notre formation, nous vous disons encore MERCI.

Nous ne saurions terminer sans adresser nos vifs remerciements à mon **PAPA**, à ma **MAMAN**, mon **EPOUSE**, à mes frères et sœurs et à tous mes amis pour leurs conseils, leurs encouragements, leurs prières.

## **LISTE DE SIGLES ET ABBREVIATIONS**

**ACMU** : Agence de la Couverture Maladie Universelle

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

**ANSD** : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

**ARV** : Antirétroviraux

**BIT** : Bureau International du Travail

**BSF** : Bourse de Sécurité Familiale

**CAMICS** : Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, aux IPM et aux comités de santé

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

**CdR** : Compte de Résultats

**CEC** : Carte d'Égalité des Chances

**CIM** : Comité Initiatif Mutualiste

**CIMA** : Conférence Interafricaine du Marché des Assurances

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CONSAS** : Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale

**CSS** : Caisse de Sécurité Sociale

**DCS** : Dépenses Courantes de Santé

**DCS (HK)** dépenses en capital de santé

**DTS** : dépense totale de santé

**ECD** : Equipe Cadre de District

**ECR** : Equipe Cadre de Région

**GTZ** : Coopération Technique Allemande

**ICAMO** : Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire

**IPRES** : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

**MSYGD** : Mutuelle de Santé Yokkuté de Grand-Dakar

**MCD** : Médecin-Chef de District

**MCR** : Médecin-Chef de Région

**ODD** : Objectifs de Développement Durable

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PHRplus**: Partners for Health Reformplus

**PNA** : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

**PNBSF** : Programme National de Bourse de Sécurité Familiale

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PRA** : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

**PROMUSAF** : Programme des Mutuelles de Santé en Afrique

**RLI** : Ratio de Liquidité Immédiate

**SNDES** : Stratégie Nationale de Développement Economique et Social

**SOCOCIM** : Société de Commercialisation du Ciment

**SOU** : Soins Obstétricaux d'urgence

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

**UEMOA** : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humain

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: EXISTENCE DES OUTILS DE GESTION DES ADHERENTS -----	38
TABLEAU 2: UTILISATION DES OUTILS DE GESTION DES ADHERENTS -----	38
TABLEAU 3: INDICATEUR DE SUIVI DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET DES DROITS D'ADHESIONS -----	40
TABLEAU 4: INDICATEUR DE CONTROLE DES DROITS AUX PRESTATAIRES -----	41
TABLEAU 5: : SUIVI PAR PRESTATION ET PAR PRESTATAIRE -----	42
TABLEAU 6: SYSTEME D'INFORMATION SUR LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE -----	43
TABLEAU 7: INDICATEUR DE SUIVI DU PORTEFEUILLE -----	44
TABLEAU 8: INDICATEUR DE SUIVI DE L'ENREGISTREMENT COMPTABLE -----	45
TABLEAU 9 : INDICATEUR DE SUIVI FINANCIER-----	46
TABLEAU 10: INDICATEUR DE LA QUALITE GLOBALE DU SUIVI -----	47
TABLEAU 11: PRESTATIONS COUVERTES ET TAUX DE PRISE EN CHARGE-----	51
TABLEAU 12: SYNTHESE DES DIFFERENTS RATIOS DE VIABILITE FINANCIERE-----	62

### LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: PYRAMIDE SANITAIRE DU SENEGAL _____	14
FIGURE 2 : SYNTHESE DES INDICATEURS DE LA VIABILITE ADMINISTRATIVE _____	48
FIGURE 3: EVOLUTION DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS _____	61
FIGURE 4 : REPARTITION DES DEPENSES DE PRESTATIONS PAR ACTE EN 2017 _____	63

## **SOMMAIRE**

DEDICACE .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	V
SOMMAIRE .....	VI
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>5</b>
1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE .....	5
1.2 QUESTION DE RECHERCHE .....	8
1.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	8
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>9</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL .....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE III : CADRE DE L'ETUDE .....</b>	<b>13</b>
3.1 CADRE GENERAL DE L'ETUDE .....	13
3.2 CADRE SPECIFIQUE DE L'ETUDE .....	26
<b>CHAPITRE IV : METHODOLOGIE .....</b>	<b>28</b>
4.1 LA ZONE D'INTERVENTION ET LA POPULATION CIBLE .....	28
4.2 STRATEGIE DE RECHERCHE .....	28
4.3 VARIABLES ET INDICATEURS D'EVALUATION .....	29
4.4 METHODE D'INVESTIGATIONS .....	36
4.5 CRITERES D'INCLUSION .....	36
4.6 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES .....	36
4.7 OUTILS D'ANALYSE DES DONNEES .....	36
4.8 LIMITES .....	36
<b>TROISIEME PARTIE : CADRE D'ANALYSE .....</b>	<b>37</b>
<b>CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>38</b>
5.1 VIABILITE ADMINISTRATIVE .....	38
5.2 VIABILITE TECHNIQUE .....	49
5.3 VIABILITE FONCTIONNELLE .....	54
5.4 VIABILITE FINANCIERE .....	59

<b>CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>69</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>83</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est un droit pour tous, consacré par la déclaration universelle des droits de l'Homme. Ce droit à des soins de santé suppose, de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. Le droit à la santé comporte quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé (OMS, 2000).

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 les 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 (Kamdoun, 1994 ; Hugon, 1989). En effet, l'exigence pour ces pays de réaliser des équilibres macroéconomiques et macro-financiers, 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, n'ont pu être compensés à moyen et long terme par les effets financiers générés par ce processus.

L'idée de couverture maladie universelle date d'il y a longtemps, depuis la création de l'OMS (1948), qui l'a d'ailleurs inscrite en bonne place dans sa Constitution. Elle a été renforcée, en 1978, lors de la conférence d'Alma Ata, qui a jeté les bases de la politique de soins de santé primaires. En 1987, l'initiative de Bamako a été lancée pour faire évoluer les systèmes de santé des pays en développement vers des modes nouveaux d'application du triptyque universalité/efficacité/équité : universalité dans l'accès au soin, efficacité dans la fourniture de soins et équité dans le financement. Plus de vingt ans plus tard, devant les difficultés croissantes rencontrées par tous les pays du globe à prendre en charge la santé de leurs populations, l'OMS en appela à améliorer l'équité en santé, en procédant à des réformes de la couverture universelle. D'ailleurs, en 2010, le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde était intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle ».

La couverture sanitaire universelle, est une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières (OMS, 2005).

Le but de la couverture maladie universelle est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. Pour cela il faut :

- une amélioration de la disponibilité des services de santé de qualité, à travers : la densification et la démocratisation de l'offre de service de santé, l'amélioration effective de la qualité des services et la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité ;
- une extension de la protection contre le risque financier, à travers : l'extension progressive de la couverture au secteur informel et au monde rural, l'affiliation des indigents et l'unification des mécanismes de gouvernance des régimes de couverture ;
- un renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé, à travers : l'application de mesures dissuasives et de promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux et la Promotion d'initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux ;
- une mobilisation accrue des ressources financières, à travers : la rationalisation de l'utilisation des ressources et l'augmentation substantielle de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé .

En Afrique subsaharienne, plusieurs modèles d'extension de l'assurance maladie se côtoient. Au sein de ces différents modèles, le Sénégal se détache par une approche mixte qui reflète la nécessité d'adaptation aux particularités nationales. En effet, tout en cherchant à développer l'assurance maladie légale pour les salariés du secteur formel (en partie complétée par des mutuelles), les autorités publiques de ce pays souhaitent étendre l'assurance au secteur informel (rural et urbain) en s'appuyant principalement sur les mutuelles professionnelles ou communautaires. Cette ambition s'appuie sur une volonté plus large de poursuite de la décentralisation administrative et sanitaire, qu'une loi a instituée, en 1996, comme un élément central de la réforme des politiques publiques.

En dehors des mutuelles d'origine professionnelle, ce sont les mutuelles communautaires dont il est question ici. Elles sont considérées comme centrales dans l'extension de l'assurance maladie, et nécessitent un système administratif et sanitaire décentralisé, notamment dans la mise en commun du risque propre au système assurantiel. C'est par ce mouvement d'extension que le Sénégal cherche à intégrer tous les acteurs de la santé.

L'importance du rôle des mutuelles a été réaffirmée en janvier 2011 lors de l'atelier de contribution à la pérennisation des mutuelles de santé au Sénégal, organisé sous l'égide du ministère de la Santé avec l'appui du programme santé de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). En effet, il a été rappelé lors de cet atelier que la stratégie d'extension de la couverture du risque maladie reposait sur trois axes :

- ❖ la pérennisation et l'extension des politiques de gratuité à travers la création d'un Fonds National de Solidarité Santé ;
- ❖ la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
- ❖ la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation (DECAM).

C'est dans ce cadre, de la décentralisation de l'assurance maladie que s'inscrit ce mémoire. Celui-ci s'interroge sur la viabilité des mutuelles de santé communautaire à base territoriale, en prenant le cas de la mutuelle communautaire de Grand-Dakar. L'affiliation aux mutuelles de santé communautaire constitue une modalité d'extension de l'assurance maladie privilégiée parmi d'autres modalités possibles (extension par assurance nationale financée par impôt, extension par assurance sociale financée par les cotisations, etc.).

Notre mémoire consiste à analyser la viabilité technique, administrative fonctionnelle, et financière de la mutuelle de santé.

La première partie parle du cadre théorique composé du contexte, de la problématique et de la revue littéraire.

La deuxième partie présente le cadre opérationnel. Elle est composée de deux chapitres qui sont : le cadre de l'étude et la démarche méthodologique.

Et la troisième partie du cadre d'analyse qui traite les résultats, l'analyse, les recommandations et la conclusion.

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE**

# CHAPITRE I : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

## 1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'imprévisibilité de la maladie et de son coût souvent important, au regard de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, retarde le recours aux soins. Les dépenses de santé deviennent très souvent catastrophiques pour les ménages. Il convient, par conséquent, d'améliorer la solvabilité de la demande par le développement de mécanismes de protection des groupes vulnérables (PNDS, 2009-2018).

Le financement des systèmes de santé constitue de nos jours la problématique majeure des pouvoirs publics notamment au Sénégal où le système de santé est fondé principalement sur la solidarité des sénégalais dans le financement à travers leurs cotisations à la sécurité sociale. Le système de santé au Sénégal est basé sur un triple financement assuré par : l'Etat, la sécurité sociale et les ménages. La politique de santé sénégalaise doit répondre à une demande de soins de plus en plus importante face à des ressources limitées.

Plusieurs réformes ont été initiées dans le secteur de la santé depuis la fin des années 80 dans le cadre plus large des efforts d'ajustement structurel de l'économie dont : la mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'Initiative de Bamako depuis 1992; les réformes des statuts des structures sanitaires les incitant à faire de l'équilibre financier une priorité nécessitant une bonne politique de recouvrement des coûts. Ces réformes ont permis une amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en termes de disponibilité en médicaments et de leur viabilité financière. Elles ont, cependant, eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé pour la majorité des populations qui ne bénéficient pas des systèmes d'assurance sociale en général, pour les plus pauvres en particulier.

La combinaison de l'évolution des systèmes d'assurance sociale et des réformes dans le secteur public de la santé a laissé en rade la majorité des sénégalais employés dans les secteurs ruraux et informels.

En conséquence, les systèmes de financement de la santé du pays ont pris une trajectoire où les contraintes d'accessibilité financière aux soins de santé et l'exposition aux dépenses catastrophiques associées aux soins de santé sont devenues des sources d'exclusion, d'inégalités sociales et d'appauvrissement des ménages. En somme, le système de couverture

maladie n'est plus adapté aux aspirations et exigences démocratiques et d'éradication de la pauvreté du Sénégal actuel.

Face à ce défi et conformément à son mandat, le Ministère chargé de la santé a lancé depuis 2007 des débats de politiques sur la couverture du risque maladie des sénégalais. Ces débats se sont inscrits en droite ligne des orientations stratégiques en matière d'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et d'extension de la protection sociale et de réduction de la pauvreté au Sénégal. Les débats ont été engagés avec les parties prenantes du financement de la santé et de la protection sociale : ministères techniques, partenaires sociaux, acteurs internes du mouvement mutualiste, société civile, partenaires au développement.

Les débats de politiques ont été informés par les leçons globales de l'histoire du développement vers la couverture maladie universelle (CMU). Il est largement reconnu maintenant que la solidarité, la bonne gouvernance, la volonté politique et le leadership à plusieurs niveaux sont des conditions nécessaires au développement vers la CMU. En outre, les pays en développement combinent le financement public, les mécanismes d'assurance sociale et d'assurance communautaire dans les réformes des systèmes de financement de la santé vers la CMU pour mitiger les contraintes institutionnelles associées à l'importance du secteur informel. Il est aussi largement reconnu qu'il n'existe pas un modèle universel de CMU et que chaque pays doit développer sa propre voie adaptée à ses réalités économiques, sociales et culturelles. Enfin, il est largement admis que le partage des meilleures pratiques, l'expérimentation et la capitalisation cumulative des expériences sont nécessaires pour soutenir le développement cumulatif d'un modèle adapté aux réalités nationales. Les résultats de ces débats de politiques ont été intégrés dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) et sont repris dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013 – 2017).

Les protections sociales au Sénégal, telles qu'elles ont été héritées de l'époque coloniale, se prêtent difficilement à l'extension à un plus grand nombre de bénéficiaires, et ceci du fait de leur arrimage au salariat, un salariat qui est en panne. En effet, si création d'emplois il y a, elle concerne avant tout les microentreprises, que ce soit dans le secteur primaire, dans la production de biens et services ou dans l'intermédiation commerciale. Or, la plupart du temps, elles correspondent à l'auto emploi et se caractérisent par un degré élevé de risques en termes de statut, de niveau et d'irrégularité des rémunérations, ainsi que d'absence de protections en cas d'incapacité de travailler. Ceci signifie qu'il faudra mettre en place une formule permettant de découpler salariat et protections sociales, de trouver d'autres sources de financement, d'impliquer les institutions de la société civile et les bailleurs de fonds. Une tâche d'autant plus

difficile que les protections sociales reflètent les rapports de force au sein de la société, alors qu'elles sont aussi et surtout supposées être un instrument de redistribution des richesses. Si inévitable soit-elle, toute réforme devient, de ce fait, un sujet éminemment politique (Baumann, 2010).

Ces débats de politiques ont été poursuivis au cours des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS), en janvier 2013, présidées personnellement par le Chef de l'Etat. En effet, suite aux élections présidentielles de 2012, le Sénégal s'est trouvé dans un environnement politique plus que favorable, où les plus hautes autorités du pays ont érigé la CMU parmi les priorités les plus importantes du nouveau régime. Ainsi, les opportunités et l'espace politique ont été ouverts pour engager les réformes nécessaires sur le plan législatif, réglementaire et institutionnel vers la CMU. C'est pourquoi, le ministère chargé de la santé a lancé les CONSAS dès septembre 2012 afin de bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de santé de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats. Plus spécifiquement, les CONSAS ont visé, entre autres, la création des conditions juridiques, matérielles et techniques pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie en vue d'une couverture universelle durable en se fondant sur l'histoire, les expériences, les forces et les faiblesses des systèmes de couverture maladie qui existent dans le pays.

Les régimes existants de couverture maladie ont fait l'objet de plusieurs débats pour une meilleure compréhension de la situation actuelle de la couverture maladie dans le pays.

La compréhension de la situation actuelle de la couverture maladie, les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018, de la SNDES 2013-2017 et les recommandations des CONSAS ont servi de base à l'extension de la couverture maladie universelle.

Le plan d'action 2013-2017 pour l'extension de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022.

Au Sénégal la mise en œuvre de la CMU repose principalement sur les mutuelles de santé communautaires, réputées plus proches des citoyens ciblés dans les 80% qui ne sont pas couverts contre le risque maladie ; à savoir les groupes vulnérables, les travailleurs du secteur informel et les habitants des zones rurales et agricoles.

Pour parvenir à la Couverture universelle, le dispositif du Sénégal mise avant tout sur le renforcement et la multiplication des mutuelles de santé communautaires, dont le nombre devrait passer de 250 à 500 pour un maillage optimal au niveau national, à même de faciliter l'adhésion des citoyens.

## **1.2 QUESTION DE RECHERCHE**

Les mutuelles de santé communautaires sont-ils viables pour assurer l'extension de la couverture maladie universelle ?

## **1.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **1.3.1 OBJECTIF GENERAL**

Cette étude sur la viabilité des mutuelles de santé communautaires a pour objectif d'analyser la viabilité de la mutuelle de santé « Yokkuté » de Grand-Dakar.

### **1.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- ❖ étudier la viabilité administrative et fonctionnelle
- ❖ analyser la viabilité technique de la mutuelle de santé
- ❖ analyser la viabilité financière de la mutuelle

## CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

Plusieurs études ont été faites sur les mutuelles de façon générale. La littérature sur les mutuelles de santé est aussi riche que variée.

Pour notre étude, nous allons se focaliser sur les études traitant sur la viabilité des mutuelles de santé surtout celles communautaires.

Tine (1999) a abordé la problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural sénégalais. Son étude a porté sur deux mutuelles de santé fonctionnelles et, pour y arriver, il a utilisé des indicateurs financiers et institutionnels. Cette investigation a permis d'avoir des informations sur les mutuelles rurales. L'auteur n'a pas ciblé de mutuelles en difficulté et il n'a pas investigué toutes les dimensions de la viabilité d'une mutuelle de santé.

Atim (2000), il a abordé le même domaine de financement de la santé mais sur un autre aspect avec un échantillon plus large. L'étude portait sur la contribution des mutuelles de santé à la fourniture et à l'accès aux services de santé dans neuf (9) pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle a permis de collecter des données sur 50 mutuelles et 22 études de cas. Le but de l'étude est de recueillir les données comparables sur les caractéristiques de base des mutuelles dans chaque pays. L'étude a examiné systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé. Sur la contribution à la pérennité, il a utilisé trois(3) dimensions de la viabilité : administrative et gestionnaire, institutionnelle et financière, bien que les mutuelles disposent de certaines compétences administratives et de gestion, des problèmes majeurs demeurent pour leur développement institutionnel et pour la maîtrise des activités de mise en place ( fixation du taux de cotisation, détermination des bénéficiaires , marketing et communication), la tenue à jour des registres, la comptabilité. L'étude a conclu que les mutuelles jeunes (< 3ans) ne permettent pas d'apprécier objectivement la contribution à la viabilité. Les limites de cette étude sont liées à la diversité des équipes de consultation augmentant le biais d'interprétations et de collecte.

Les résultats de cette étude ont été à la base de la plateforme d'Abidjan qui a permis une meilleure organisation de la promotion des mutuelles de santé en Afrique. Elle a été également le point d'orientation des études sur le fonctionnement des mutuelles.

En 2001, FALL avec son étude sur « la contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal », l'objectif de son étude était d'identifier les facteurs pouvant rendre aptes ces mutuelles à disposer de moyens et de façon

durable pour financer les besoins en prestations de leurs membres. Son interrogation portait sur l'existence d'une raison fondamentale expliquant la faillite des mutuelles, son approche était basée sur une recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse.

Les résultats de l'étude ont montré que les facteurs présumés de la mise en difficulté des mutuelles sont :

- la faiblesse des taux de pénétration ;
- les problèmes de leadership et de prises de décisions ;
- l'inadéquation des prestations aux réalités épidémiologiques ;
- l'inadéquation de la prime aux coûts des prestations.

Et les facteurs prédisposant la pérennité des mutuelles sont :

- la prédominance de la ruralité des mutuelles ;
- l'important rôle dans la promotion joué par l'Eglise à Thiès ;
- un financement interne prédominant ;
- une solvabilité financière, authentifiée par un ratio de solvabilité supérieur à 1 ;
- l'absence de l'impact des instruments juridiques sur le fonctionnement et la gestion des mutuelles ;
- la gestion exclusive par des volontaires ;
- l'existence d'un programme de formation.

De cette étude nous pouvons retenir que le contexte, la zone d'implantation sont des facteurs importants pour la viabilité des mutuelles.

L'étude d'Atim et al. (2005), portant sur les déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès, apporte également des enseignements précieux. Parmi les causes majeures d'instabilité financière, les auteurs retiennent la sélection adverse (inscription des personnes dont les membres de famille présentent des risques élevés), le faible taux de recouvrement, des changements fréquents dans le paquet de bénéfices sans modification concomitante des cotisations, enfin une utilisation limitée de la gestion financière. En revanche, certains facteurs souvent mis en évidence dans la littérature ne semblent pas déterminants, par exemple la faible taille des pools de risques (nombre limité de membres et de bénéficiaires). On retrouve ainsi dans cette étude des problèmes qui tiennent à la fois à des déficiences de gestion, confortant ainsi les préconisations faites dans les ateliers de concertation organisés au

Sénégal en 2010 et 2011, et des difficultés tenant à la situation et/ou aux comportements des usagers. Sur ce dernier aspect, même si l'étude d'Atim et al. (2005) met plutôt en évidence des problèmes de sélection adverse, la possibilité de risque moral, souvent abordée dans la littérature, ne doit pas être négligée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE III : CADRE DE L'ETUDE

### 3.1 CADRE GENERAL DE L'ETUDE

#### 3.1.1 CARACTERISTIQUES DU SENEGAL

Le Sénégal, situé dans la partie la plus occidentale du continent africain, est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par la République du Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par l'Océan Atlantique. D'une superficie de 196.122 Km<sup>2</sup>, la population est estimée, selon les projections de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), en 2017, à 15 256 346 habitants avec 7 658 408 de femmes (50,2%) et 7 597 938 hommes (49,8%). Plus de la moitié des personnes vivant au Sénégal résident en milieu rural 53,5% contre 46,5% en milieu urbain. On constate de fortes disparités dans la répartition de la population entre les entités administratives régionales.

Le Sénégal compte administrativement quatorze (14) régions. La mise en œuvre de l'Acte III de la décentralisation, qui vise à « organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable », a introduit la communalisation intégrale. Les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer dans le processus de développement des mutuelles de santé.

Les secteurs porteurs de l'emploi sont essentiellement composés d'entreprises évoluant dans le secteur informel (agriculture, élevage, pêche, artisanat, commerce etc.) dont les travailleurs ne bénéficient d'aucune couverture sociale en général et de couverture du risque maladie en particulier.

#### 3.1.2 SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL

##### 3.1.2.1 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Sénégal est de type pyramidal à trois échelons que sont le niveau central, le niveau régional et le niveau périphérique ou opérationnel.

*Le niveau central* comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé.

*Le niveau régional* comprend la région médicale qui correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région (MCR) qui anime l'équipe cadre de région (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé. Elle correspond au niveau d'impulsion des politiques de santé et d'encadrement du niveau opérationnel.

*Le niveau opérationnel* correspond au district sanitaire pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de celle-ci. Il comprend au moins un centre de santé de référence et un certain nombre de postes de santé et centres de santé secondaires. Il

est géré par le médecin chef de district (MCD) qui pilote l'équipe cadre du district (ECD). Le district constitue le niveau opérationnel du système. Il est le lieu d'exécution des programmes de santé.

En outre, on retrouve la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA) au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) au niveau central.

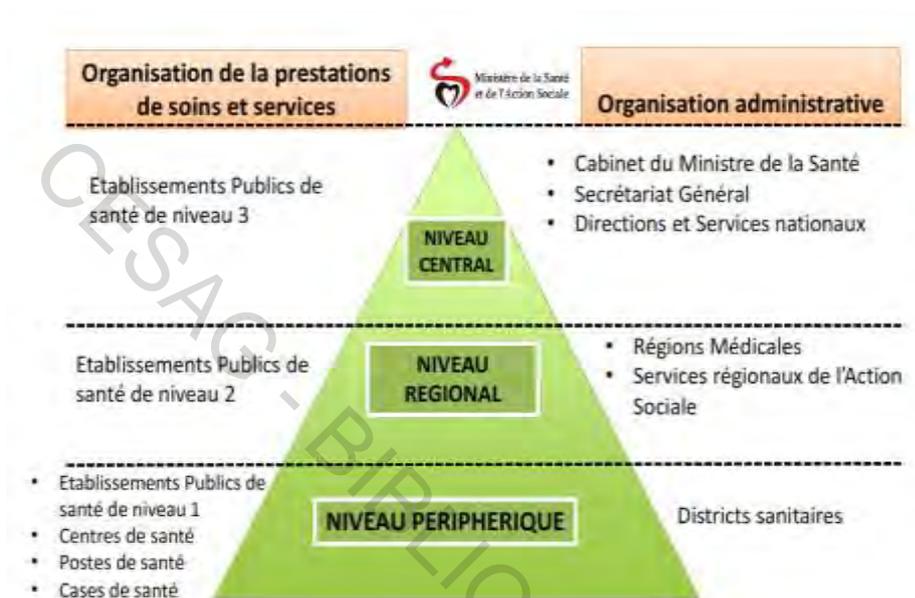


FIGURE 1: PYRAMIDE SANITAIRE DU SENEGAL

### 3.1.2.2 POLITIQUE DE SANTE

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

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs de développement durable (ODD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérables ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

### 3.1.3 SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

C'est un terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage ou d'autres risques sociaux, incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc. (d'après le thésaurus du Bureau international du Travail, Genève, 1991).

Au Sénégal trois grands types de régimes d'assurances maladies y coexistent : le régime obligatoire, le régime contributif non obligatoire et le régime d'assistance médicale

### 3.1.3.1 LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Trois types de régime d'assurances maladie obligatoire existent au Sénégal :

**Imputation budgétaire :** l'État, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et des fonctionnaires à la retraite ainsi que de leurs ayants droit à travers le régime de l'imputation budgétaire. L'imputation budgétaire couvre une part très importante des frais d'hospitalisation, de consultation, d'examens et analyses biomédicaux. Les principaux atouts du régime d'imputation budgétaire incluent la disponibilité de ressources financières dans le budget de l'Etat et l'absence de contribution en amont par les bénéficiaires. Cependant, le régime souffre de plusieurs faiblesses dont l'absence de la prise en charge des médicaments, l'insuffisance de structures agréées, la non prise en charge des imputations budgétaires par les centres et postes de santé qui couvrent géographiquement tout le territoire et les retards dans le remboursement sur le fonctionnement des structures hospitalières.

**Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) :** depuis 1975, l'Etat a instauré le régime contributif obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour assurer la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé ainsi que leurs ayants droits. Les IPM couvrent la maladie non professionnelle à hauteur de 50% à 80% des frais médicaux et pharmaceutiques sur la base d'une cotisation paritaire du travailleur et de l'employeur. Le régime des IPM a démontré sa résilience qui repose sur plusieurs atouts dont l'attractivité du paquet de services (secteur privé et médicaments), le niveau de professionnalisation de la gestion (siège, gestion informatisée, etc.), l'existence d'IPM interentreprises et leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Le régime des IPM est confronté cependant à plusieurs faiblesses dont l'évasion sociale des employeurs, l'insuffisance de l'équité, la faiblesse dans la gouvernance et la gestion. Par ailleurs, la gestion de la consommation des services fait face aux dérapages dus à la fraude des bénéficiaires, des professionnels de santé et à l'absence de contrôle médical et de médecin-conseil.

**Autres régimes obligatoires :** les agents du secteur privé et les agents de l'Etat non-fonctionnaires à la retraite ainsi que leurs ayants droits bénéficient d'une couverture médicale par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES). La Caisse de Sécurité Sociale (CSS) prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs sur la base de la contribution des employeurs. Les centres des œuvres universitaires prennent en charge les étudiants pour les soins courants (consultations, médicaments, analyses, soins dentaires et hospitalisations). Les structures privées non affiliées

à une IPM sont tenues de souscrire à une assurance santé pour leur personnel et leurs ayants droits. Enfin, il existe d'autres mécanismes spécifiques parmi lesquels on peut citer la médecine d'entreprise et le fonds de garantie automobile pour les accidentés de la circulation.

### **3.1.3.2 LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE**

L'assurance maladie volontaire comprend :

**Assurances commerciales :** les assurances privées sont régies par le code CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé. La force des assurances privées repose sur l'attractivité des paquets de bénéfices offerts et le professionnalisme de la gestion. Cependant, l'offre du produit « assurance santé » qui est toujours faible, l'émiettement des risques couverts et les niveaux élevés des primes limitent les potentialités de contribution significative de l'assurance maladie privée à but lucratif à l'extension de la couverture du risque maladie.

**Mutuelles de santé au 1<sup>er</sup> franc ou mutuelles de santé communautaires :** elles sont créées pour les populations du secteur informel et du monde rural non affiliées à un régime d'assurance maladie obligatoire. Leurs paquets de bénéfices ont été élargis et harmonisés grâce aux subventions de l'Etat à hauteur de 100% pour les indigents (bénéficiaires de bourses de sécurité familiale, titulaires de cartes d'égalité des chances) et de 50% pour les autres. D'autres indigents sont pris en charge dans les mutuelles de santé par les collectivités locales. En 2016, 672 mutuelles de santé ont été dénombrées sur l'ensemble du territoire : toutes les communes du pays disposent d'une mutuelle de santé au moins et chaque département dispose d'une union départementale de mutuelles de santé (SNFS 2017).

**Mutuelles de santé complémentaires :** elles sont créées par des agents relevant de la fonction publique pour leur permettre de bénéficier de garanties plus larges que celles que procurent le régime d'imputation budgétaire. On peut citer la mutuelle des agents de l'Etat, la mutuelle des Forces Armées, la mutuelle de la Douane, la mutuelle générale de l'Education etc.

### **3.1.3.3 LE REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE**

Plusieurs mécanismes d'assistance médicale ont été lancés au Sénégal dont ceux ciblant des individus ou des prestations.

#### **Mécanismes ciblant les individus :**

Ces régimes ciblés couvrent différentes catégories de la population définies selon l'âge ou la vulnérabilité. Le « Plan SESAME » concerne les personnes âgées de 60 ans et plus. La gratuité des soins pour les moins de cinq ans assure la prise en charge de certaines prestations au profit des enfants de cette tranche d'âge

### **Mécanismes ciblant des prestations :**

Plusieurs prestations et services sont fournis gratuitement grâce aux subventions de l'Etat. La gratuité de la césarienne est pratiquée dans les centres de santé dotés de blocs SOU et dans les hôpitaux. La dialyse est gratuite dans les structures publiques dotées d'une unité d'hémodialyse. Enfin, il existe des initiatives de gratuité portées par des programmes du ministère en charge de la santé : antirétroviraux (ARV), antituberculeux et antipaludéens et la subvention de certains médicaments et produits spécifiques destinés à la prise en charge des maladies à soins coûteux dont certains anticancéreux et l'insuline.

Les différents régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale au Sénégal sont fragmentés. Chaque régime dispose de son propre mécanisme de fonctionnement sans interconnexion. La couverture du risque maladie est assurée à travers plusieurs mécanismes à savoir les imputations budgétaires gérées par le ministère chargé des finances, les initiatives récentes de subventions aux mutuelles de santé pour les populations non couvertes par un régime d'assurance obligatoire et les subventions aux structures de santé à travers l'ACMU dans le cadre des initiatives de gratuité. Egalement, la coordination des institutions de prévoyance maladie est assurée par l'ICAMO qui est sous la tutelle du ministère en charge du travail et les assurances commerciales par le ministère en charge des finances.

En résumé, l'analyse de la situation de la mise en commun des risques et des ressources permet de relever l'inexistence d'un cadre institutionnel unifié, source d'inefficience et de fragilité. Cette situation a pour conséquence majeure un manque de solidarité réelle et agissante entre les sociétaires des différents régimes existants.

#### **3.1.4 LE FINANCEMENT DE LA SANTE**

Le financement du système de santé au Sénégal est assuré à travers les interventions des différents acteurs des secteurs publics, privés et des partenaires techniques et financiers. En 2013, le montant total financé dans le secteur de la santé s'élève à 430,7 milliards F CFA soit près de 6% du PIB (Produit Intérieur Brut) et 31 881 FCFA par habitant. Les ménages constituent la plus importante source de financement de la santé.

Leur contribution au financement total représentant 55,17% des dépenses totales et est destinée à la prise en charge de leurs soins de santé. Ce niveau important de cette contribution traduit le fardeau financier que supportent les ménages pour leurs soins de santé. Le secteur public contribue à hauteur de 25,43% au financement total des dépenses de la santé et intervient

essentiellement dans l'administration du système de santé (28%) et la prise en charge des soins de santé de la population à travers ses structures sanitaires (48%) (CNS 2013).

Les dépenses de santé se distinguent par deux grandes catégories : les dépenses courantes de santé (DCS) et les dépenses en capital de santé (HK). La somme des deux constitue la dépense totale de santé (DTS) qui indique le montant total financé dans le secteur.

### **3.1.5 LA MUTUELLE DE SANTE : DEFINITION ET PRINCIPES**

#### **3.1.5.1 DEFINITION**

Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux (BIT, 2000).

Les mutuelles de santé empruntent leur structure organisationnelle des modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et des principes de l'économie sociale. La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes, pour répondre à leurs besoins en matière de santé; les membres des organes de gestion sont élus selon les règles démocratiques. A l'image de toutes autres formes d'organisation du mouvement associatif, les mutuelles de santé disposent de structures comme l'assemblée générale, le conseil d'administration et un bureau avec différentes commissions. Leurs ressources sont presque exclusivement composées de droits d'adhésion, de cotisations des membres et de subventions.

#### **3.1.5.2 PRINCIPES**

Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur un certain nombre de principes de base parmi lesquels figurent la solidarité et la participation.

#### **La solidarité**

Le principe de solidarité est le véritable fondement de la mutualité. Les implications de ce principe sont doubles:

- ❖ Chaque adhérent paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Cette cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe, le niveau de revenu et l'état de santé des adhérents;
- ❖ Chaque adhérent bénéficie des mêmes services pour un même montant de cotisation.

Une mutuelle de santé instaure donc une solidarité entre les malades et les bien-portants, les jeunes et les vieux, les différentes catégories professionnelles et sociales, etc.

La solidarité ne s'exprime pas seulement d'une manière financière. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades et des handicapés, des personnes âgées, autrement dit en faveur de groupes à risque.

La solidarité est un concept dynamique. Sa concrétisation, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

### **Le fonctionnement démocratique et participatif**

La mutualité est le fruit de la liberté d'association. Chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont, entre autres, le droit de participer directement ou indirectement aux instances de décision et de contrôler le fonctionnement de leur organisation. Cette démocratie participative repose sur la responsabilisation des adhérents qui, pour exercer pleinement leurs droits, doivent disposer d'une formation adéquate ainsi que d'informations claires, complètes et compréhensibles.

### **La non-lucrativité**

Une mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses adhérents, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne doivent pas être négligés car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif. Une mutuelle doit donc veiller à équilibrer ses comptes et dégager des excédents afin de constituer des réserves.

### **L'autonomie et la liberté dans le respect des lois**

Une mutuelle est une organisation libre qui doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques ou de groupes d'intérêt. Cette souplesse dans l'action est bénéfique aux adhérents car elle permet, entre autres, d'adapter les services offerts aux besoins, lesquels évoluent.

Si une mutuelle est libre et autonome, elle n'en demeure pas moins soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc.

### **La responsabilité**

L'ensemble des principes précédents reste lettre morte si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle et dans les décisions qu'ils prennent.

## **La dynamique d'un mouvement social**

Les adhérents d'une mutuelle ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des individus engagés dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien et des intérêts communs.

### **3.1.6 LA MUTUALITE AU SENEGAL**

#### **3.1.6.1 HISTORIQUE ET EVOLUTION**

L'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal, mais déjà quatre phases se distinguent dont : une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la Communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé et une phase d'extension avec la décentralisation de la couverture maladie (communalisation des mutuelles de santé).

La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOCIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975 : elle est réactivée en 2003 avec l'appui de la Mutualité Française. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé.

La deuxième phase, entre 1994 et 1998, marque la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Durant cette période, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations

communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit (*schéma de microfinance*). Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar.

La troisième phase faisant suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998. Cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS.

Depuis 1998, les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation, en appui à la politique définie par le Gouvernement du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé : 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 compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003.

La quatrième phase : en 2013, l'Etat s'est progressivement engagé dans le soutien aux mutuelles de santé, mettant en place un cadre juridique et des structures d'appui à la promotion et au développement de ces organisations communautaires. Un tournant décisif a eu lieu, avec la mise en œuvre de la politique de Couverture Maladie Universelle (CMU), qui a abouti à la création d'une mutuelle de santé dans chaque commune du pays et vise, à travers ces organisations communautaires, à couvrir contre le risque maladie l'ensemble de la population des secteurs rural et informel. Pour encourager l'adhésion de la population, le paquet de soins couvert par les mutuelles de santé a été considérablement élargi et harmonisé à l'échelle du pays et une politique de subvention étatique de la cotisation est mise en œuvre.

Ce partenariat se concrétise principalement par l'extension et l'harmonisation des paquets de services offerts par la mutuelle de santé, ainsi qu'une politique de subvention étatique des cotisations à hauteur de 50% (soit 3500 FCFA à charge du bénéficiaire, et 3500 à charge de l'Etat) et de 100% pour les personnes identifiées comme indigentes (ménages bénéficiaires du programme de Bourse de Sécurité Familiale et les titulaires de la Carte d'Egalité des Chances).

### 3.1.6.2 CADRE INSTITUTIONNEL

Quelques dates marquantes de l'institutionnalisation de la couverture maladie universelle de 1998 à nos jours.

- En 1998, première cellule d'appui aux mutuelles de santé fut créée au sein du ministère de la Santé ;
- En 2003, le Sénégal adopte la loi n° 2003-14 du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé dont le décret d'application a été signé en 2009 ;
- En 2004 élaboration d'un Plan Stratégique de Développement des Mutuelles ;
- En 2005, la 58ème Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui recommande aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité ;
- En juin 2009, le Conseil des Ministres de l'UEMOA a adopté le Règlement général n°07/2009/CM/UEMOA qui vise à mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé dans l'espace UEMOA ;
- Le 12 décembre 2012, la 67ème session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la couverture sanitaire universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires ;
- En 2013, les concertations nationales sur la santé et l'action sociale organisées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ont abouti à l'élaboration et à l'adoption du Plan Stratégique 2013/2017 de Développement de la CMU en mars 2013 qui repose sur quatre grands axes stratégiques :
  - ✚ le développement de la Couverture Maladie Universelle de base à travers les mutuelles de santé ;
  - ✚ la réforme de l'assurance maladie obligatoire à travers la promotion des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
  - ✚ le renforcement des politiques de gratuité existantes ;
  - ✚ la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.
- Le décret 2015-21 du 07 janvier 2015, portant création et fixant les règles d'Organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (La CMU).

Toutefois la loi sur la couverture maladie universelle n'est pas encore votée par l'Assemblée Nationale.

### **3.1.7 MUTUALITE ET DECENTRALISATION**

La mutualisation et la décentralisation sont deux instruments essentiels pour l'extension de l'assurance-maladie, en particulier celle destinée aux plus vulnérables.

Avec le transfert des compétences en matière de santé survenu dans le contexte de la décentralisation en 1996, les collectivités locales sont devenues responsables du fonctionnement, de la gestion et de la maintenance des structures sanitaires. Au-delà de la simple participation financière, cette réforme a contribué au renforcement de l'implication des populations dans tout le processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des actions concernant leur santé.

La participation des populations à l'effort de santé s'est traduite par une amélioration de la disponibilité des médicaments et le relèvement de certains indicateurs de santé en rapport avec la lutte contre la maladie (onchocercose, paludisme, VIH/Sida, tuberculose,...). L'émergence d'associations de bénéficiaires a permis une meilleure prise en charge de certaines maladies non transmissibles (diabète, insuffisance rénale, HTA etc.). On a enregistré enfin le développement d'initiatives privées dans le cadre de la résolution des problèmes de santé, avec une forte implication des partenaires au développement.

Ces compétences seront maintenues par la Loi n° 2013-10 portant Code général des Collectivités locales (Acte III de la décentralisation).

Cette Réforme de l'Acte III de la décentralisation conférant aux deux (2) types de collectivités locales (le département et la commune) des compétences relatives à l'appui à la couverture maladie universelle (articles 306 et 307 de la loi portant Code général des collectivités locales).

Il s'agit de :

- l'octroi de siège aux Mutuelles de Santé ;
- la prise en charge des Indigents et Groupes Vulnérables (IGV) ;
- l'accompagnement de l'Agence de la CMU, via ses différents démembrements, dans la sensibilisation des populations.

Au sein de la dynamique mutualiste, la transition se base principalement sur la décentralisation et l'harmonisation des pratiques. Dans le cadre de l'expérimentation de la stratégie nationale

d'extension de la couverture du risque maladie, un schéma décentralisé s'est développé, préconisant au moins une mutuelle par commune, et la mise en place d'une union par département. Ce cadre est établi dans le but de faciliter la gestion des fonds d'équité, permettant la prise en charge des indigents notamment, le suivi, la coordination, et l'information auprès de la population et des partenaires potentiels.

Un cadre décentralisé peut également permettre d'attirer plus de financements et d'aider à construire un terrain propice à la participation de la population. Enfin la décentralisation redouble une grande importance pour les milieux ruraux souvent éloignés des structures de santé, permettant une meilleure adéquation avec les besoins locaux (Baade-Joret, 2006).

Les mutuelles communautaires de santé, dans le contexte des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, de par la faible capacité à payer des populations ciblées, ne peuvent prétendre à un autre rôle que celui de la couverture des soins primaires. Cet échelon primaire est fondamental pour les populations africaines exclues des couvertures institutionnalisées. Des études ont montré l'importance de l'accès aux soins primaires pour réduire les inégalités de santé au sein de la population (Starfield, Shi, Macinko, 2015). Le besoin de partage avec les pouvoirs publics est donc important afin de prendre en charge les actes les plus lourds ou les personnes n'ayant pas du tout de capacité à payer, dans un rôle qui pourrait être complémentaire avec les mutuelles de santé et non dans une relation d'instrumentalisation. Nous considérons que non seulement les mutuelles de santé, notamment communautaires, ont besoin de l'État, mais que l'État a aussi besoin des mutuelles de santé, d'où l'importance d'une co-construction du développement.

## **3.2 CADRE SPECIFIQUE DE L'ETUDE**

### **3.2.1 LA COMMUNE DE GRAND DAKAR**

#### **3.2.1.1 HISTORIQUE DE LA COMMUNE**

C'est en Août 1949 que le Président Lamine Guèye, alors Maire de Dakar, avait pris la décision de créer le quartier de Grand-Dakar. Il fallait décongestionner la Médina et permettre aux habitants de Kip Coco (Gibraltar) et autres quartiers environnants de sortir de la promiscuité dans laquelle ils étaient, grâce à l'acquisition de parcelles à Grand-Dakar.

Avec la décentralisation de 1996, le quartier de Grand-Dakar est érigé en Commune d'Arrondissement intégrant les quartiers de Niary Tally, Zone A, Sicap Darabis, Sicap annexe, Amitié III, Taïba et cerf-volant.

En 2013, la commune d'Arrondissement avec l'acte III de la décentralisation est devenue une commune de plein exercice.

#### **3.2.1.2 POPULATION DE LA COMMUNE**

Le mouvement de la population est très dynamique. C'est pourquoi il sera très difficile d'estimer la taille de la population. La population de la commune est d'environ à 64 290 habitants. (Projection de la population ANDS 2017)

#### **3.2.1.3 STRUCTURES SANITAIRES DE LA COMMUNE**

Sur le plan sanitaire la commune dépend du district sanitaire centre dont le centre de santé de référence est le centre de santé Gaspard Kamara.

La commune dispose d'une seule structure de santé publique qui est le centre de santé secondaire de Grand-Dakar.

Cependant le centre de santé ne couvre pas toute la commune. Il partage la population avec le PS de Bourguiba (commune de biscuiterie) et le PS Georges Lahoud (commune d'Amitié-Fann-Point E).

### **3.2.2 LA MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE « YOKKUTE » DE GRAND DAKAR**

#### **3.2.2.1 HISTORIQUE**

L'an deux mille seize et le seize juillet, s'est tenue devant la mairie de Grand-Dakar l'Assemblée Générale constitutive de la mutuelle de santé de ladite localité : dénommée « Mutuelle de santé Yokkuté » sous la présidence du Sous-Préfet de l'Arrondissement de Grand-Dakar.

Etaient présents à cette rencontre le Maire de la commune, le chef de service régional de la CMU et le coordonnateur du Comité Initiatif Mutualiste (CIM) et le corps électoral composé de l'ensemble des élus des assemblées sectorielles. Le corps électoral était composé de 80 électeurs provenant des quatre secteurs de la commune.

Le numéro d'agrément de la mutuelle est le **13099 MSAS/CMU** en date du 24/07/2017.

#### **3.2.2.2 FONCTIONNEMENT ET ADMINISTRATION**

Le numéro d'agrément de la mutuelle est le **13099 MSAS/CMU**. La mutuelle dispose d'un compte bancaire classique et d'un compte auprès d'une institution de microfinance.

Le fonctionnement et l'administration des mutuelles de santé émanent de la loi sur les mutuelles et du règlement intérieur qui les régissent. Certains organes de décisions, d'exécution et de contrôle existent pour le bon fonctionnement de la mutuelle :

**Le conseil d'administration :** le conseil d'administration est l'organe délibérant de la mutuelle. Il est présidé par un Président élu par l'assemblée générale. Le conseil d'administration élit à son sein un bureau exécutif.

**Le bureau exécutif :** le bureau exécutif de la mutuelle « Yokkuté » est composé de sept (7) membres dont : un Président, un secrétaire général, un 1<sup>er</sup> vice-président, un 2<sup>ème</sup> vice-président, une trésorière générale, une trésorière adjointe et une secrétaire adjointe.

**Le comité de contrôle :** le comité de contrôle est composé de sept membres élus par l'Assemblée générale parmi les adhérents qui ne sont pas dans le conseil d'administration.

## **CHAPITRE IV : METHODOLOGIE**

### **4.1 LA ZONE D'INTERVENTION ET LA POPULATION CIBLE**

Notre étude porte sur l'analyse de la viabilité des mutuelles de santé communautaires : cas de la mutuelle de Grand Dakar qui se situe en face du centre de santé de ladite localité. C'est une mutuelle de santé communautaire à base territoriale.

La population cible est la population de la zone d'intervention de la mutuelle qui a la possibilité de devenir bénéficiaire, la mutuelle donne la possibilité d'adhérer à toute la population de sa zone d'intervention. La population cible et la population de la zone d'intervention se confondent.

L'effectif et les caractéristiques socio-économique et démographique de la population peuvent avoir des incidences déterminantes sur la dynamique d'adhésion et sur la viabilité même de la mutuelle.

### **4.2 STRATEGIE DE RECHERCHE**

Nous allons calculer les différents ratios, indicateurs pour les comparer aux normes et les analyser afin d'évaluer la viabilité administrative, fonctionnelle, technique et financière de la mutuelle.

### **4.3 VARIABLES ET INDICATEURS D’EVALUATION**

#### **4.3.1 VARIABLES ET INDICATEURS D’EVALUATION ADMINISTRATIVE**

Cette section a pour but d’apprécier le suivi mis en place par les gestionnaires de la mutuelle. Cette évaluation permettra notamment de mettre en évidence certaines carences de gestion et de mesurer la « viabilité administrative » de la mutuelle.

L’évaluation de la viabilité administrative est effectuée sur la base d’indicateurs à composantes binaires. Les scores des différents indicateurs sont obtenus par addition arithmétique simple des différents éléments composant l’indicateur. Aussi, est-il important de relativiser les scores obtenus. Par exemple, un score de 4/4 pour un indicateur ne signifie pas que la mutuelle est deux fois plus performante que si l’indicateur était de 2/4. Le score obtenu doit être interprété comme une « unité de mesure » devant tendre vers un optimum et non comme une « valeur arithmétique ».

Cette viabilité est mesurée à travers huit (8) indicateurs numérotés de T1 à T8

**T1** : indicateur de suivi des adhésions

**T2** : indicateur de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d’adhésion

**T3** : indicateur de contrôle des droits aux prestations

**T4** : indicateur de suivi des prises en charge

**T5** : indicateur de suivi du portefeuille de risques

**T6** : indicateur suivi de l’enregistrement comptable

**T7** : indicateur de suivi financier

**T8** : indicateur de la qualité globale du suivi

#### **4.3.2 VARIABLES ET INDICATEURS D’EVALUATION TECHNIQUE**

L’évaluation de la viabilité technique porte sur l’analyse de la qualité du portefeuille de risques de la mutuelle; ce qui revient à apprécier, en particulier, le degré de maîtrise par la mutuelle des trois risques inhérents à l’assurance santé :

- la sélection adverse (ou anti sélection) ;
- la surconsommation ;
- la sur prescription

#### **4.3.2.1 LES COMPETENCES DES GESTIONNAIRES**

Elles vont permettre de voir la capacité intellectuelle, managériale des gestionnaires. Aucune condition de viabilité ne peut se prévaloir si les gestionnaires n'ont pas la capacité et les outils nécessaires pour assurer une bonne gestion de la mutuelle.

#### **4.3.2.2 LES PARAMETRES D'ANALYSE DES CONDITIONS D'ADHESION**

##### **4.3.2.2.1 LES MODALITES D'ADHESION**

Les modalités d'adhésion (modes et types) sont différentes selon les mutuelles ou au sein même d'une mutuelle. L'unité d'adhésion peut-être l'individu, la famille et/ou un groupe d'individus (village, entreprise, groupement, etc.). Les types adhésion peuvent être : volontaire, automatique et/ou obligatoire.

Une mutuelle sera d'autant plus viable que si les modalités d'adhésion ne l'exposent pas au risque de sélection adverse. Le risque de sélection adverse sera d'autant plus limité que l'adhésion comporte un certain degré d'obligation, d'adhésion automatique ou obligatoire plutôt que volontaire et une base d'adhésion large, d'adhésion familiale plutôt qu'individuelle.

##### **4.3.2.2.2 LA PERIODE D'ADHESION**

Le second paramètre ayant une influence sur les risques liés à l'assurance santé, en particulier la sélection adverse, est la période d'adhésion en vigueur dans la mutuelle. Si chaque année, l'adhésion n'est possible que durant une période limitée de l'année si la mutuelle a une période fermée d'adhésion, le risque de sélection adverse sera diminué.

##### **4.3.2.2.3 LA PERIODE PROBATOIRE**

La période probatoire, également appelée période d'observation ou d'attente, ou période de stage, correspond à la période pendant laquelle un nouvel adhérent qui a payé ses cotisations n'a pas encore droit aux services de la mutuelle.

##### **4.3.2.2.4 LE NOMBRE MOYEN DE BENEFICIAIRES PAR ADHERENT COTISANT**

Lorsque l'adhésion ouvre le droit aux prestations à des personnes à charge et que la cotisation n'est pas directement proportionnelle au nombre de bénéficiaires, un risque existe que l'adhérent cotisant cherche à inscrire le maximum possible de personnes à charge. Dans ce cas, une mutuelle sera d'autant plus viable qu'il limite le nombre de bénéficiaires par adhérent cotisant.

A l'inverse, lorsque la cotisation est fixée par personne, il existe un risque important que l'adhérent cotisant cherche à opérer une sélection au sein des adhérents de sa famille en ne cotisant que pour ceux dont le risque maladie lui semble plus élevé.

### 4.3.2.3 LES PARAMETRES D'ANALYSE DE LA GESTION DES GARANTIES

#### 4.3.2.3.1 LE TYPE DE SERVICES DE SANTE OFFERTS

Selon le type de service de santé offert, la mutuelle est plus ou moins exposée à la surconsommation et à la sélection adverse. On distingue trois catégories de services en fonction de leur exposition à ces risques :

**Catégorie 1** : Les services de santé ne sont pas soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit notamment des interventions médico-chirurgicales aiguës. Elles sont à traiter en urgence. Elles peuvent être contrôlées facilement.

**Catégorie 2** : Les services de santé sont moyennement soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit en particulier des soins ambulatoires.

**Catégorie 3** : Les services de santé sont fortement soumis au risque de surconsommation et de sélection adverse. Il s'agit notamment :

- des interventions chirurgicales programmées ;
- des maladies chroniques nécessitant des médicaments coûteux durant une période prolongée.

#### 4.3.2.3.2 L'EXISTENCE DE CO-PAIEMENTS

Le co-paiement est un mécanisme de partage des risques et des coûts entre le bénéficiaire et la mutuelle. Différentes formes de co-paiements existent en vigueur dans les mutuelles :

- **La franchise** est un montant fixe assumé par le bénéficiaire pour les services offerts par la mutuelle. Les montants supérieurs à cette somme fixée à l'avance sont pris en charge, intégralement ou partiellement, par la mutuelle. La franchise est en général fixée par prestation couverte.
- **Le ticket modérateur** est un pourcentage du coût des soins qui reste à la charge de l'assuré pour les services offerts par la mutuelle.
- **Le plafonnement des prises en charge** est un montant (ou un nombre de prestations par an) fixé à l'avance au-delà duquel le coût des soins reste à la charge de l'assuré pour les services offerts par la mutuelle.

#### 4.3.2.3.3 L'ENTENTE PREALABLE OU L'AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

L'entente préalable est un mécanisme selon lequel l'assuré ou le prestataire doit obtenir, pour que la couverture s'exerce, une autorisation de prise en charge de la mutuelle avant que les soins ne soient dispensés.

#### 4.3.2.3.4 LA REFERENCE OBLIGATOIRE

La référence obligatoire consiste à obliger les bénéficiaires à consulter un prestataire d'un échelon inférieur déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire de l'échelon supérieur (par exemple du médecin généraliste avant le spécialiste).

#### 4.3.2.3.5 LES MECANISMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Les mécanismes de paiement des prestataires de soins sont les différentes modalités utilisées par l'assureur pour « acheter » les services médicaux des prestataires :

- le paiement à l'acte consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par la mutuelle.
- le paiement par cas (ou paiement par épisode de maladie)
- la tarification par journée hospitalisation
- la capitation est une méthode de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par la mutuelle durant une période déterminée.

#### 4.3.2.3.6 LA RATIONALISATION DES PRESTATIONS

La rationalisation des prestations est un mécanisme instauré entre la mutuelle et les prestataires de soins pour contrôler les charges de la mutuelle. Ce mécanisme peut « normaliser » les actes médicaux effectués par le prestataire, et « réguler » le prix des actes.

#### 4.3.2.3.7 LA SELECTION DES PRESTATAIRES

La sélection des prestataires est un mécanisme par lequel la mutuelle sélectionne un nombre déterminé de prestataires à des conditions d'offre de services et pour un ensemble défini de bénéficiaires.

La mutuelle peut avoir intérêt à s'assurer les services de prestataires sélectionnés en négociant avec eux les tarifs, les conditions de prises en charge, la qualité des services, les modes de paiement, etc. Dans ce cadre, la mise en concurrence des prestataires peut être un facteur favorable de négociation.

### 4.3.3 VARIABLES ET INDICATEURS D'ÉVALUATION FONCTIONNELLE

L'évaluation de la viabilité fonctionnelle consiste à analyser la mutuelle, d'un strict point de vue fonctionnel c'est-à-dire en tant qu'instrument collectant des cotisations et accordant une couverture des dépenses de santé à ses bénéficiaires. Il s'agit de l'évaluation de « la bonne marche de l'assurance santé ».

#### 4.3.3.1. LA DYNAMIQUE D'ADHESION

Le premier type d'indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle de la mutuelle se base en partie sur des fiches de suivi.

Pour mesurer la dynamique d'affiliation, cinq indicateurs de base sont proposés :

- **le taux de croissance brute (M1)**
- **le taux de fidélisation (M2)**
- **le taux de croissance interne (M3)**
- **le taux de croissance externe (M4) ;**
- **le taux de pénétration (M5)**

#### 4.3.3.2 LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS

La capacité de la mutuelle à recouvrer les cotisations qu'elle a émises (ou appelées) est le second élément d'évaluation de la bonne marche de la mutuelle retenue pour apprécier la viabilité fonctionnelle.

- **Le taux de recouvrement (M6)**

#### 4.3.3.3 LE DELAI DE REMBOURSEMENT DES ADHERENTS ET/OU DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Le dernier élément analysé pour évaluer la viabilité fonctionnelle de la mutuelle est la capacité à payer les prestataires ou à rembourser ses adhérents dans les délais convenus. Le délai moyen de paiement ou de remboursement peut varier selon les mois de l'année. Il se calcule à l'aide des factures des prestataires ou des demandes de remboursement des adhérents au moment de l'évaluation.

- **Délai moyen de paiement des prestataires (M7)**

Cet indicateur permet d'apprécier la situation de liquidité de la mutuelle et la bonne marche des procédures de gestion. Celui-ci mesure le délai séparant la date d'émission des factures par le prestataire (M.7.1) ou des demandes de remboursement des adhérents (M.7.2) et la date à laquelle le paiement a été effectué. Il est comparé au délai de paiement accordé avec le prestataire ou au délai de remboursement figurant dans le règlement intérieur.

#### **4.3.4 VARIABLES ET INDICATEURS D’EVALUATION FINANCIERE**

La viabilité financière est l’une des préoccupations majeures des gestionnaires et des structures d’appui car elle conditionne directement l’autonomie et la survie de la mutuelle. Elle peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers dans les délais requis.

##### **4.3.4.1 L’EVALUATION DE LA SITUATION FINANCIERE PAR LA METHODE DES RATIOS**

L’évaluation de la situation financière s’appuie sur les outils de gestion comptable et financière.

Il s’agit de passer à l’analyse proprement dite en répondant à trois questions fondamentales :

- La mutuelle est-il solvable ? Autrement dit, est-il en mesure de faire face à ses engagements ?
- Les cotisations permettent-elles de financer l’activité ?
- Les cotisations sont-elles utilisées essentiellement au paiement des prestations ?

Pour le calcul des ratios, un ensemble de ratios est proposé. Ne sont mentionnés que les ratios jugés les plus pertinents pour apprécier la viabilité financière d’une mutuelle :

- ▲ **le ratio de liquidité immédiate (F1)**
- ▲ **le ratio de capitaux propres (F2)**
- ▲ **le ratio de couverture des charges ou taux de réserve (F3)**

#### **4.3.4.2 LE FINANCEMENT DE L'ACTIVITE DE LA MUTUELLE**

En principe, une mutuelle doit couvrir ses charges à l'aide des cotisations qu'elle perçoit. Il est intéressant de savoir ce qu'il en est dans la réalité. L'indicateur F.4 permet de répondre à cette question.

##### **▲ le ratio des cotisations acquises / charges (F4)**

Ce ratio permet de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations.

#### **4.3.4.3 LA « BONNE MARCHE FINANCIERE » D'UNE MUTUELLE DE SANTE**

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas.

Il convient dès lors d'évaluer si la mutuelle alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations. C'est l'objectif du troisième élément d'appréciation de la viabilité financière d'une mutuelle de santé.

Deux ratios construits à l'aide du bilan de fin d'exercice sont présentés à cet effet. Ils permettront en outre d'apprécier si la cotisation a été correctement positionnée.

##### **▲ le ratio de sinistralité (F5)**

##### **▲ le ratio de frais de fonctionnement brut (F6)**

#### **4.4 METHODE D'INVESTIGATIONS**

Nous avons procédé à :

- ❖ une revue documentaire pour apprécier l'état de connaissance sur la mutualité ;
- ❖ une enquête par guide d'entretien pour connaître le mode d'organisation, de gestion, et de mode de fonctionnement afin d'analyser la viabilité de la mutuelle.

#### **4.5 CRITERES D'INCLUSION**

La mutuelle prend en charge ses adhérents classiques, les personnes disposant de la carte d'égalité des chances (CEC), de la bourse de sécurité familiale(BSF), les indigents et les élèves.

#### **4.6 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES**

Nous allons calculer les différents taux et ratios et les comparer avec les normes et objectifs, d'analyser les courbes de tendance qui vont nous permettre de voir les principaux facteurs favorisant la viabilité de la mutuelle de santé et d'analyser les liens qui existent entre les variables.

#### **4.7 OUTILS D'ANALYSE DES DONNEES**

Le tableur Microsoft Excel est utilisé pour l'analyse des données.

#### **4.8 LIMITES**

Pour cette étude nous voulions aborder tous les aspects de la viabilité d'une mutuelle de santé selon le guide du BIT, mais durant la phase de collecte des données nous avons rencontré quelques contraintes nous empêchant d'évaluer tous ces aspects qui sont, entre autres, la non analyse de la viabilité économique.

**TROISIEME PARTIE : CADRE D'ANALYSE**

## CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

### 5.1 VIABILITE ADMINISTRATIVE

La viabilité administrative sera mesurée sur huit indicateurs.

#### 5.1.1 INDICATEUR DE SUIVI DES ADHESIONS (T1)

Cet indicateur est la moyenne de deux indicateurs : T1.1 qui porte sur l'existence des outils de gestion des adhésions et T1.2 sur l'utilisation de ces outils.

**TABLEAU 1:** EXISTENCE DES OUTILS DE GESTION DES ADHERENTS

Eléments d'information	Pondération	score
1. Numéro et/ou nom de l'adhérent	1/3	1/3
2. Dates de début de prise en charge	1/3	1/3
3. Dates de fin de prise en charge	1/3	1/3
TOTAL 1	1	100 %

Source : MSYGD

La moyenne des indicateurs sur les outils de gestion des adhésions est de 100 %. Ce qui montre la disponibilité des outils de gestion, cette disponibilité est une condition nécessaire pour le suivi des adhésions mais elle n'est pas suffisante.

**TABLEAU 2:** UTILISATION DES OUTILS DE GESTION DES ADHERENTS

Activités	Activités Pondération	score
1. Calcul du nombre de bénéficiaires pris en charge	1/4	1/4
2. Calcul du nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant	1/4	0/4
3. Mise à jour de la liste des adhérents et des bénéficiaires	1/4	1/4
4. Mise à jour périodique de la liste des adhérents en retard de cotisation,	1/4	1/4
Total	1	3/4 ou (75 %)

Source : MSYGD

L'utilisation des outils de gestion est à 75 %. Concernant l'indicateur **T1.2**, seul l'activité « Calcul du nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant » qui n'est pas réalisée. Les autres activités de cet indicateur sont effectuées. Ceci nous donne un score de 75% pour cet indicateur.

L'Indicateur de suivi des adhésions (T1) est la moyenne arithmétique de T1.1 et T2.2

$$T1 = \frac{T1.1+T1.2}{2} = \frac{100+75}{2} = 87.5 \%$$

Les outils de gestions existent mais leur utilisation n'est pas effective à 100%. L'objectif n'est pas atteint, il est 87.5% C'est seulement le calcul du nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant qui n'est pas réalisé.

### **5.1.2 INDICATEUR DE SUIVI DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET DES DROITS D'ADHESIONS (T2)**

Cet indicateur mesure l'existence et la qualité des outils employés pour suivre le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. En effet, pour effectuer ce suivi, la mutuelle doit utiliser des outils spécifiques (fiches de cotisation et/ou registres des paiements des cotisations) permettant de disposer des principales informations dans ce domaine : montant des droits d'adhésion, montant des cotisations émises, montant des cotisations perçues, etc.

Le calcul de l'indicateur est différencié selon que les cotisations sont versées en une fois ou sont fractionnées au cours de l'exercice.

Sept éléments permettent d'obtenir la valeur de T2

**TABLEAU 3: INDICATEUR DE SUIVI DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET DES DROITS D'ADHESIONS**

Eléments d'information	Pondération	Score
1. Montant des cotisations émises	1/7	1/7
2. Montant des droits d'adhésion perçus	1/7	1/7
3. Montant total perçu pour la période	1/7	1/7
4. Montant des cotisations à encaisser à la date d'échéance	1/7	0/7
5. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice en cours	1/7	1/7
6. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice suivant	1/7	NA
7. Nombre d'adhérents (et/ou de bénéficiaires) à jour dans le paiement de leur cotisation	1/7	0/7
Total	7/7	4/6 (66.66%)

Source : MSYGD

NA : Non Applicable

L'Indicateur de suivi de recouvrement des cotisations et des droits d'adhésions est à 66.66 %. La rubrique du montant des cotisations à encaisser et celle du nombre d'adhérents (et/ou de bénéficiaires) à jour dans le paiement de leur cotisation si elles étaient effectives, vont permettre de faire un meilleur suivi des cotisations et de ce fait cibler la communication pour d'éventuelles relances des adhérents qui n'ont pas encore cotisé et pour ceux qui n'ont pas encore renouvelé leur cotisation de l'année en cours.

### 5.1.3 INDICATEUR DE CONTROLE DES DROITS AUX PRESTATAIRES (T3)

Cet indicateur porte sur l'existence de procédures de contrôle des droits aux prestations tant au niveau des prestataires que de la mutuelle. Il pourra aider le gestionnaire de la mutuelle à savoir si ces contrôles doivent être renforcés.

Ces outils concernent pour l'essentiel les registres ou fiches d'adhésion, la carte d'adhésion, la liste des bénéficiaires et la liste des exclus. Il est calculé selon la formule suivante en se basant sur les résultats :

**TABLEAU 4: INDICATEUR DE CONTROLE DES DROITS AUX PRESTATAIRES**

Acteurs	Activités	Carte d'adhésion	Liste d'exclus	Lettre de garantie	Attestation de soins
Mutuelle	Actualisation des registres ou fiches d'adhésion	1		1	1
	Vérification de la validité de la carte			1	
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la fiche d'adhésion			1	
	Mise à jour d'une liste d'exclus				
	Rapprochement fiches d'adhésion (ou liste d'exclus)/factures	1			
	Rapprochement lettres de garantie/factures			1	
	Rapprochement attestations/factures				1
Prestataire	Vérification de la validité de la carte	1			1
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la carte	1			1
	Référence à une liste d'exclus établie par la mutuelle				
Total score par outils		4		4	4

Source : MSYGD

$$T3 = \frac{\text{somme des scores correspondants à chaque outil utilisés} * 100}{4 \times \text{nombre d'outils utilisés}} = \frac{12}{4*3} = 100 \%$$

L'indicateur de suivi des droits d'adhésion est de 100%. Ce contrôle permet de limiter les fraudes sur l'identité du bénéficiaire mais reste à savoir si pour les prestataires ce contrôle est effectif.

#### 5.1.4 INDICATEUR DE SUIVI DE PRISE EN CHARGES (T4)

L'indicateur **T4** est composé de deux indicateurs : Indicateur de suivi par prestation et par prestataire **T4.1** et l'indicateur du système d'information sur les prestations prises en charge **T4.2**

**Indicateur T.4.1** : Suivi par prestation et par prestataire

Cet indicateur porte sur l'existence des outils de suivi des prestations prises en charge et la qualité de l'information qu'ils contiennent. L'indicateur s'applique dans le cas où un suivi par prestataire est réalisé.

**TABLEAU 5: SUIVI PAR PRESTATION ET PAR PRESTATAIRE**

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi par prestataire contiennent le nombre de prestations prises en charge	1/3
2. Les outils de suivi par prestataire contiennent le coût des prestations prises en charge	1/3
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	0/3
Total	2/3 ou 66.66 %

Source : MSYGD

Les outils de suivi des prestataires existent et contiennent toutes les informations pour assurer un bon suivi mais ils ne sont pas à jour au moment de l'évaluation.

**Indicateur T4.2** : Système d'information sur les prestations prises en charge

Cet indicateur est comparable au précédent. Il se réfère à l'existence de données consolidées (tous prestataires réunis) concernant le suivi des prises en charge.

**TABLEAU 6** : SYSTEME D'INFORMATION SUR LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi contiennent le nombre total des prestations prises en charge par catégorie	1/3
2. Les outils de suivi contiennent le coût des prestations prises par catégorie	1/3
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	0/3
Total	2/3 ou <b>(66.66 %)</b>

Concernant **T4.1** et **T4.2** leur score est de 66.6%. Les outils de suivi contiennent toutes les rubriques permettant de faire l'évaluation du nombre de prestations prises en charge et de l'évaluation du coût des prestations prises en charge mais la mise à jour régulière des outils de suivi ne sont pas effectuées.

$$T4 = \frac{T4.1 * T4.2}{2} = \frac{66.66 + 66.66}{2} = 66.66 \%$$

La valeur de T4 est faible car elle est inférieure à 75% qui est le minimum acceptable d'après le guide de suivi et évaluation des systèmes de micro-assurance santé du BIT [BIT/CIDR, 2001].

### 5.1.5 INDICATEUR DE SUIVI DU PORTEFEUILLE (T5)

Cet indicateur permet de juger de la mise en place d'une surveillance du portefeuille de risques à l'aide d'outils adaptés. Il mesure si des fiches de suivi indiquant les fréquences et les coûts moyens des prestations prises en charge par prestataire sont disponibles et régulièrement mises à jour.

**TABLEAU 7: INDICATEUR DE SUIVI DU PORTEFEUILLE**

Critères	Pondération
<i>Existence des outils de suivi</i>	
1. Les outils permettent le suivi du coût moyen des prestations (par catégorie et/ou prestations)	1/6
2. Les outils permettent le suivi des fréquences de risques (par catégorie et/ou prestations)	1/6
<i>Tenue des outils de suivi</i>	
3. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés annuellement	0/6
4. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés trimestriellement	0/6
5. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés annuellement	0/6
6. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés trimestriellement	0/6
<i>Total</i>	<b>2/6 (33.33%)</b>

Source : MSYGD

L'indicateur **T5** permet d'apprécier si la mutuelle dispose d'outils permettant la surveillance du portefeuille des risques. Les outils de suivi des coûts moyens ainsi que ceux pour le suivi des fréquences des risques existent mais ne sont pas actualisés pour contrôler de façon périodique les risques qu'encourent la mutuelle, à savoir le risque moral, l'escalade des coûts, la fraude et la sélection adverse. Le score obtenu pour cet indicateur est de 33.33%. Ce résultat est très faible et très éloigné de la norme qui est de 100%.

### 5.1.6 : INDICATEUR DE SUIVI DE L'ENREGISTREMENT COMPTABLE (T6)

Cet indicateur permet d'apprécier les trois activités principales du suivi de l'enregistrement comptable :

- la collecte et le classement des informations comptables ;
- le contrôle de l'enregistrement comptable ;
- le contrôle du bilan.

**TABEAU 8: INDICATEUR DE SUIVI DE L'ENREGISTREMENT COMPTABLE**

Activité	Pondération
1. Collecte des pièces comptables	1/6
2. Archivage des pièces comptables	1/6
3. Vérification périodique des écritures et des soldes comptables (par exemple par la balance)	1/6
4. Contrôle de la caisse et rapprochement bancaire effectués mensuellement	0/6
5. Contrôle du CdR annuel	1/6
6. Contrôle du bilan annuel	1/6
<i>Total</i>	5/6 (83.33%)

Source : MSYGD

L'indicateur **T6** mesure l'existence et la qualité du suivi de l'enregistrement comptable. Le score obtenu pour cet indicateur est de 83.33%. La mutuelle ne dispose pas d'un service comptable proprement dit mais d'une trésorerie, c'est la trésorière qui fait la collecte, assure la tenue des outils comptables et l'archivage des pièces comptables. Elle effectue aussi la vérification périodique des écritures et des soldes comptables.

Les pièces comptables sont disponibles mais leur archivage fait défaut.

Elle est contrôlée par le comité de contrôle de la mutuelle. La trésorière de la mutuelle ne fait pas le rapprochement bancaire.

### 5.1.7 : INDICATEUR DE SUIVI FINANCIER (T7)

Cet indicateur apprécie dans quelle mesure les gestionnaires ont mis en place un système permettant de prévoir et de suivre les flux financiers. Pour construire l'indicateur, il est tenu compte de la disponibilité des outils de suivi budgétaire et de trésorerie et de la mise à jour régulière de l'information qu'ils contiennent.

**TABLEAU 9 : INDICATEUR DE SUIVI FINANCIER**

<b>Activité</b>	<b>Pondération</b>
1. Construction du budget en début d'exercice	1/5
2. Suivi budgétaire effectué au moins deux fois par an	0/5
3. Construction du plan de trésorerie, pour une durée d'un an ou moins, en début d'exercice	0/5
4. Suivi de la trésorerie au moins une fois par trimestre	1/5
5. Suivi du taux de recouvrement (M.6) au moins une fois par trimestre	0/5
<i>Total</i>	2/5 ou (40 %)

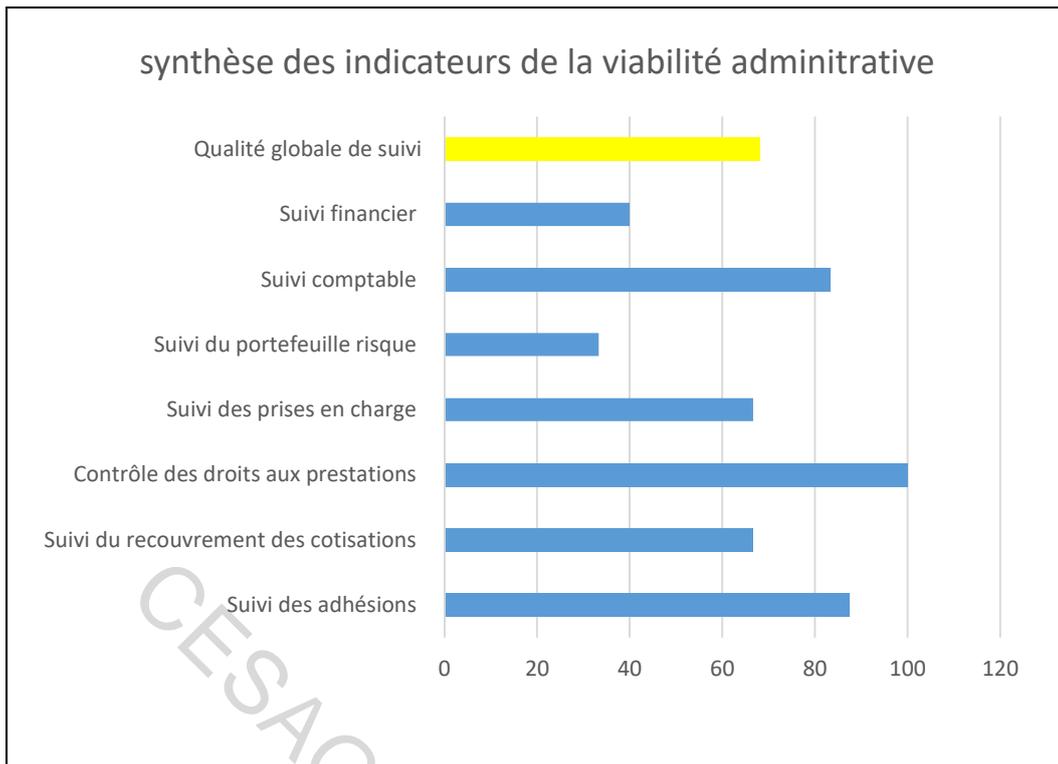
L'indicateur de suivi financier est à 40 %, c'est seulement les activités de construction du budget en début d'exercice et de suivi de la trésorerie au moins une fois par trimestre qui sont effectives au sein de la mutuelle.

### 5.1.8 : INDICATEUR DE LA QUALITE GLOBALE DU SUIVI : SYNTHESE (T8)

L'indicateur de « qualité globale du suivi » est construit sur la base des indicateurs précédents. Dans le calcul de cet indicateur, toutes les fonctions de suivi (adhésions, recouvrement, demandes de prises en charge, surveillance du portefeuille, suivi comptable et suivi financier) sont considérées être d'égale importance pour assurer la viabilité administrative de la mutuelle. Il donne une appréciation de la qualité globale de la viabilité administrative. Son score représente la moyenne arithmétique des indicateurs de suivi calculés précédemment et résumés dans le tableau suivant :

**TABLEAU 10: INDICATEUR DE LA QUALITE GLOBALE DU SUIVI**

N°	Indicateurs de bonne gestion	Score obtenu (%)	Score optimal (%)	Ecart (%)
T1	Suivi des adhésions	87.5	100	12.5
T2	Suivi du recouvrement des cotisations	66.67	100	33.33
T3	Contrôle des droits aux prestations	100	100	0
T4	Suivi des prises en charge	66.67	100	33.33
T5	Suivi du portefeuille risque	33.33	100	66.67
T6	Suivi comptable	83.33	100	16.67
T7	Suivi financier	40	100	60
T8	Qualité globale de suivi	68	100	32



**FIGURE 2 : SYNTHESE DES INDICATEURS DE LA VIABILITE ADMINISTRATIVE**

L'évaluation de la viabilité administrative de la mutuelle, nous a montré que sur le plan administratif la mutuelle a un indicateur de qualité globale de suivi de 68 % (c'est la moyenne arithmétique de l'ensemble des indicateurs de suivi administratif).

L'ensemble des indicateurs constitue un système où chaque indicateur a la même pondération. Les indicateurs de suivi des adhésions et du contrôle des droits aux prestations tirent la qualité de suivi en hausse. Cependant les gestionnaires de la mutuelle ont intérêt à renforcer certains indicateurs comme le suivi du portefeuille de risque, le suivi des prises en charges mais surtout le suivi du recouvrement des cotisations.

## **5.2 VIABILITE TECHNIQUE**

### **5.2.1 LES COMPETENCES DES GESTIONNAIRES**

La mutuelle est gérée par un gérant recruté et pris en charge par l'agence de la CMU pour une durée d'une année.

Il a une longue expérience en santé communautaire, c'est une personne ressource pour la commune, il est le président d'une organisation communautaire de base (OCB). Il est conseiller municipal à la mairie de Grand-Dakar et il est délégué au collège électoral de l'assemblée générale de la mutuelle. Il a un diplôme de l'enseignement supérieur.

Suite à l'appel d'offre pour le recrutement de gérant pour les mutuelles communautaires, il a été recruté pour un mandat d'une année par la CMU. C'est ainsi qu'il bénéficie, avec l'appui de la CMU et ses partenaires, de formations en renforcement des capacités sur la gestion de l'assurance maladie communautaire.

La trésorière, elle aussi conseillère municipale, en plus de son rôle de trésorière, elle appuie le gérant sur la gestion quotidienne de la mutuelle.

Le gérant et la trésorière sont les gestionnaires de la mutuelle.

### **5.2.2 LA PERIODE D'ADHESION**

La période d'adhésion est ouverte pour toute l'année. Cependant la durée de validité de cette adhésion est valable du 01 janvier au 31 décembre de l'année civile.

Cette période d'adhésion ouverte pour toute l'année est favorable à un risque de l'assurance précontractuel appelé anti-sélection. Cependant pour contrôler ou réduire ce risque qui est un phénomène du secteur assurantiel, l'assuré doit observer une période d'observation.

Cependant cette ouverture de période d'adhésion donne aux gestionnaires une marge pour le recrutement de nouveaux adhérents durant toute l'année.

### **5.2.3 LA PERIODE PROBATOIRE OU DE STAGE**

Tout nouveau bénéficiaire de la mutuelle de santé observe une période d'observation ou de stage pendant laquelle, il paie ses cotisations sans bénéficier des prestations de la mutuelle.

La durée de cette période est de 1 (un) mois, étant donné que la mutuelle a choisi l'option annuelle pour les cotisations.

#### **5.2.4 LE NOMBRE MOYEN DE BENEFICIAIRES PAR ADHERENT COTISANT**

En 2018, le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant est fixé à 3 (trois) bénéficiaires au moins. C'est une décision que le Conseil d'Administration a pris. L'assurance de groupe constitue un des mécanismes de lutte contre l'anti-sélection. Il est évident que la mutuelle préfère couvrir l'ensemble d'une famille qu'un seul membre de la famille. Le fait d'élargir la base assurée conduit à une espèce d'effet de « retour vers la moyenne » du risque parmi les membres de la famille.

#### **5.2.5 LES PARAMETRES D'ANALYSE DE LA GESTION DES GARANTIES**

##### **5.2.5.1 LE TYPE DE SERVICES DE SANTE OFFERTS**

Le paquet de base de soin offert par la mutuelle à ces bénéficiaires ayant remplis les conditions fixées par l'article 6 du règlement intérieur et avec les structures de santé (centre de santé et pharmacie officine) ayant signé une convention avec la mutuelle est le suivant.

- ♦ Soins ambulatoires (consultations, soins, et petite chirurgie)
- ♦ Médicaments génériques
- ♦ Médicaments de spécialités
- ♦ Maternité (consultations pré / post natales, planification familiale, accouchement simple)
- ♦ Hospitalisation
- ♦ Transport (Références poste vers centre de santé)
- ♦ Soins ambulatoires (privé lucratif)

Le paquet complémentaire est géré par la structure faitière qui est ici l'union départementale des mutuelles de santé communautaires de Dakar.

##### **5.2.5.2 L'EXISTENCE DE CO-PAIEMENTS**

Le co-paiement est un mécanisme de partage des risques et des coûts entre l'adhérent et la mutuelle.

Le co-paiement fait aussi parti des stratégies assuranciennes permettant de réduire l'aléa-moral qui peut entraîner une sur consommation.

Le ticket modérateur est utilisé ici comme co-paiement. Le ticket modérateur est la part du coût d'un service couvert par la mutuelle à la charge du bénéficiaire. Il est souvent exprimé en pourcentages.

**TABLEAU 11: PRESTATIONS COUVERTES ET TAUX DE PRISE EN CHARGE**

Services	Taux de prise en charge	Part bénéficiaire
Soins ambulatoires	80%	20%
Médicaments génériques	80%	20%
Médicaments de spécialités	50%	50%
Maternité	80%	20%
Hospitalisation	80%	20%
Transport	80%	20%
Soins ambulatoires (privé lucratif)	50%	50%

Source : CMU

### **5.2.5.3 L'ENTENTE PREALABLE OU L'AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE**

Tout bénéficiaire passe à la mutuelle pour avoir une lettre de garantie avant d'aller aux structures de santé conventionnées (centres de santé) pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle.

Cette étape permet de vérifier la régularité du bénéficiaire : de voir s'il est à jour de ses cotisations, de voir sa période d'observation et contrôler l'identité du bénéficiaire.

### **5.2.5.4 LA REFERENCE OBLIGATOIRE**

La mutuelle est en convention avec deux centres de santé : un centre de santé secondaire et le centre de santé de référence.

Et pour bénéficier d'une consultation de spécialité (cardiologue, dermatologue...) le bénéficiaire n'as pas besoin de passer par un généraliste mais pour les demandes d'aide aux diagnostics (analyse biomédicale et imagerie médicale), elles seront toujours des demandes induites venant des prestataires (sage-femme, médecin...) pour être prise en charge par la mutuelle.

#### **5.2.5.5 LES MECANISMES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES**

Les mécanismes de paiement des prestataires de soins sont les différentes modalités utilisées par la mutuelle pour « acheter » les services médicaux des prestataires.

Pour l'unique pharmacie à laquelle la mutuelle de santé a signé une convention, le mécanisme de paiement mis en place est le cautionnement. La mutuelle verse une somme d'argent que la pharmacie gère, cette stratégie constitue un gage pour les deux partis prenants.

Et pour les centres de santé le paiement se fait après services rendus. Les centres de santé déposent les facteurs de prestation au plus tard le quinzième jour du mois que la mutuelle traite avant de procéder au règlement dans un délai de trente jours à compter de la date de réception. La mutuelle utilise le paiement à l'acte qui consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par la mutuelle.

#### **5.2.5.6 LA RATIONALISATION DES PRESTATIONS**

La rationalisation des prestations est un mécanisme instauré entre la mutuelle et des prestataires de soins pour contrôler les charges de la mutuelle. Ce mécanisme « normalise » les actes médicaux effectués par le prestataire, et « régule » le prix des actes.

Cette rationalisation des prestations n'est pas encore effective pour la mutuelle communautaire due d'une part à leur phase embryonnaire dans la micro-assurance maladie et d'autre part à l'absence de médecin-conseil qui veille sur la normalisation des actes médicaux.

#### **5.2.5.7 LA SELECTION DES PRESTATAIRES**

La sélection des prestataires est un mécanisme par lequel la mutuelle sélectionne un nombre déterminé de prestataires à des conditions d'offre de services et pour un ensemble défini de bénéficiaires.

La mutuelle peut avoir intérêt à s'assurer les services de prestataires sélectionnés en négociant avec eux sur les tarifs, les conditions de prises en charge, la qualité des services, les modes de paiement, etc. Dans ce cadre, la mise en concurrence des prestataires peut être un facteur favorable de négociation.

La mutuelle n'a pas une grande marge de manœuvre ou de négociation par rapport aux prestataires due d'une part à son taux d'adhésion qui est très faible et d'autre part à la faiblesse de ces ressources financières.

La mutuelle a signé des conventions avec le centre de santé de Grand Dakar le seul dont dispose la commune et le centre de santé de Gaspard Camara qui est le centre de santé de référence.

Dans la commune et dans le district, il existe plusieurs pharmacies mais la mutuelle en a signé avec une seule : la pharmacie « Borom Daradji » de Grand Dakar en 2018.

Pour l'année 2017, la mutuelle n'avait pas de convention avec aucune pharmacie. De ce fait les ordonnances ont été remboursées directement par la mutuelle aux bénéficiaires après présentation de l'ordonnance avec le cachet « payé » d'une pharmacie.

#### **5.2.6 : SYNTHÈSE DE LA VIABILITÉ TECHNIQUE DE LA MUTUELLE**

Sur le plan technique, même si la mutuelle a pris les mesures adéquates afin de limiter la sélection adverse, la surconsommation et la sur prescription, il est utile qu'elle se donne les moyens de vérifier leur efficacité avec l'appui de l'agence de la couverture maladie universelle et de l'union départementale des mutuelles de santé.

De la capacité des gestionnaires aux paramètres de gestion des garanties tous sont favorables à sa viabilité technique. Cependant il reste des sous-rubriques comme la rationalisation des prestations et la sélection des prestataires qui ne sont effectives.

## 5.3 VIABILITE FONCTIONNELLE

### 5.3.1 LE TAUX DE CROISSANCE BRUTE (M.1)

#### 5.3.1.1 TAUX DE CROISSANCE DES ADHERENTS CLASSIQUES

Cet indicateur mesure l'accroissement de la taille de la mutuelle sur une période donnée, en général un an. Pour l'année N, il se calcule à partir du nombre total d'adhérents en année N-1.

**M1.1 : le taux de croissance des adhérents est de 62 %**

Le taux de croissance des adhérents est de 62 % en valeur relative et de 76 adhérents en valeur réelle. Cela signifie que seulement 76 personnes sont affiliées pour l'année 2018 à la mutuelle de santé. Ce taux d'adhésion est faible pour une mutuelle communautaire qui est en sa deuxième année de fonctionnement.

L'adhésion classique est la base de la viabilité d'une mutuelle, elle montre la population qui sans une subvention de l'Etat ou de la collectivité prend la décision d'adhérer à une mutuelle de santé pour prévoir d'éventuels risques financiers liées à la maladie.

#### 5.3.1.2 TAUX DE CROISSANCE DES BENEFICIAIRES CLASSIQUES

Cet indicateur mesure l'accroissement des bénéficiaires de la mutuelle sur une période donnée, en général une année. Pour l'année N, il se calcule à partir du nombre total de bénéficiaires en année N-1.

**M1.2 le taux de croissance des bénéficiaires classiques est de -37.3 %**

Le taux de croissance des bénéficiaires classiques est négatif, cela veut dire les bénéficiaires classiques sont en baisse. Avec les nouvelles adhésions normalement on entendait que ce taux soit positif et c'est l'inverse qu'on a observé. Ce taux de croissance qui est négatif ne prévoit pas une pérennité de la mutuelle.

Cette tendance à la baisse peut s'expliquer par le désintéressement que les bénéficiaires ont sur la mutuelle.

### **5.3.1.3 LES BENEFICIAIRES DE LA BOURSE DE SECURITE FAMILIALE ET DE LA CARTE D'EGALITE DES CHANCES**

Le PNBSF dont son rôle est de contribuer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles à travers une protection sociale intégrée en vue de favoriser leur accès aux transferts sociaux et de renforcer, entre autres, leurs capacités éducatives, productives et techniques.

Pour les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiales (BSF), l'Etat subventionne leur cotisation à hauteur de 100 % y compris la prise en charge du ticket modérateur et les frais liés à l'adhésion.

La mutuelle n'a pas de nouveaux enrôlements pour les BSF. Ils sont au nombre de 2788 bénéficiaires. Et les bénéficiaires de la carte d'égalité des chances sont de 32 bénéficiaires enrôlés.

### **5.3.1.4 LA CMU-ELEVE**

En 2018, avec l'avènement de la CMU-élève, la mutuelle a pu, grâce aux parrainages, affilié 1121 élèves des établissements privés et publics que compte la commune. Cette affiliation a boosté financièrement la mutuelle.

Le taux d'enrôlement est de 17.55%, il reste cependant faible pour une couverture des élèves de la commune et le paquet couvert par une affiliation de 1000 F par élève ne prend en charge que la consultation et les soins infirmiers.

Pour pouvoir bénéficier de tout le paquet qu'offre la mutuelle, l'élève doit compléter par 2500 F. Et c'est seulement 18 élèves qui ont complété sur les 1121 élèves affiliées.

Cette CMU-élève en 2018, ne vit que sur le parrainage est pour la rendre pérenne la mutuelle a intérêt à relancer le renouvellement des affiliations aux parrains, collaborer avec l'association des parents d'élèves à la recherche de nouveaux parrains d'abord interne c'est-à-dire au sein même de l'association et ensuite externe, pour assurer à tous les élèves de la commune une assurance maladie tout en évitant les doublons lors des affiliations de masse.

### 5.3.2 LE TAUX DE FIDELISATION (M.2)

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

**Le taux de fidélisation est de 21 %.**

Le taux de fidélisation est de 21 %. Ceci montre que sur 100 adhérents qui avaient cotisé en 2017 c'est seulement 21 qui ont pu, pour l'année 2018, renouvelé leur cotisation à la mutuelle. Le renouvellement des cotisations constitue la principale source de pérennité de la mutuelle. Plusieurs interrogations peuvent être posées.

Les adhérents n'ont-ils pas confiance à la mutuelle ?

Les cotisations sont-elles élevées ?

Le paquet de soins offert n'est-il pas attractif ?

Ce taux faible peut être expliqué par le manque d'information sur le renouvellement de la cotisation, l'absence de suivi régulier des renouvellements de cotisation, la non relance des renouvellements des cotisations.

Ce taux de fidélisation de 21 % n'augure pas un avenir prometteur de la mutuelle communautaire.

### 5.3.3 LE TAUX DE PENETRATION (M.5)

Cet indicateur est calculé par le rapport entre le nombre total de bénéficiaires de la mutuelle et le nombre de personnes constituant le public cible. Il mesure l'intérêt porté par le public cible à la mutuelle. Plusieurs taux de pénétration peuvent être calculés en distinguant différentes catégories de bénéficiaires (par âge, sexe, revenus, profession, etc.).

**Le taux de pénétration globale est de 6.40 %.**

Le taux de pénétration globale est de 6.40 %. C'est le rapport entre la somme de tous les bénéficiaires de la mutuelle (bénéficiaires classiques, élèves par la CMU-élève, bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et de la carte d'égalité des chances) sur la population totale de la commune.

Ce taux faible pour tendre vers une couverture maladie universelle dans le contexte de Grand-Dakar.

Les taux de pénétration spécifique par sexe, par âge, par revenu et par professions n'ont pas pu déterminer dans notre étude.

#### **5.3.4 LE TAUX DE RECOUVREMENT (M.6)**

Cet indicateur est égal au rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises.

Les cotisations perçues correspondent aux montants encaissés par la MS durant l'exercice en cours et les cotisations émises correspondent aux montants que la MS demande à ses adhérents en contrepartie des garanties qu'elle offre aux bénéficiaires sur une période donnée.

**Le taux de recouvrement est de 58.60 %**

Le taux de recouvrement est de 58.60 %. Il est faible par rapport à la norme qui de 100%.

Les cotisations constituent la principale recette d'une mutuelle donc le recouvrement de ces derniers doit être l'activité principale des gestionnaires. Le recouvrement des cotisations est une des difficultés que rencontrent les gérants de mutuelle.

Quelles stratégies à mettre pour arriver à collecter le maximum de cotisations ?

#### **5.3.5 DELAI MOYEN DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES (M.7)**

Cet indicateur permet d'apprécier la situation de liquidité de la mutuelle et la bonne marche des procédures de gestion. Celui-ci mesure le délai séparant la date d'émission des factures par le prestataire et la date à laquelle le paiement a été effectué. Il est comparé au délai de paiement accordé avec le prestataire figurant dans la convention.

Dans les contrats liant la mutuelle et les prestataires, le délai de remboursement des factures est de 30 jours pour le centre de santé Gaspard Kamara est de 15 jours pour le centre de santé de Grand-Dakar.

Le délai de remboursement des prestataires est respecté par la mutuelle. Depuis le début de ses activités, la mutuelle respecte toujours ses engagements vis-à-vis de ces partenaires.

### 5.3.6 SYNTHÈSE DE LA VIABILITÉ FONCTIONNELLE DE LA MUTUELLE

L'étude de la viabilité fonctionnelle nous a montré que les taux de croissance de fidélisation et de pénétration sont tous faibles. Ces trois taux nous éclairent sur le nombre total d'adhérents cotisants, d'adhérents non cotisants et de bénéficiaires etc.

Si ce n'était pas le parrainage pour les élevés et la bourse de sécurité familiale, la viabilité fonctionnelle de la mutuelle n'augurera pas un lendemain prometteur. Nous avons constaté que les adhérents cotisants et les bénéficiaires classiques sont en régression de 2017 en 2018.

Pour que la mutualité communautaire soit pérenne, il faut que la population du secteur informel se l'approprie sans attendre la subvention de l'Etat et des collectivités.

Un autre problème sur la viabilité fonctionnelle est la faiblesse du taux de recouvrement pour les classiques et un retard de la subvention des BSF.

La cotisation étant la principale recette d'une mutuelle, les gérants doivent veiller sur les cotisations acquises les comparées aux cotisations émises ou appelées.

Pour une viabilité fonctionnelle, l'assemblée générale de la mutuelle avec l'appui des autorités locales, doivent trouver avec la communauté des stratégies communes pour relancer les adhésions, modeler la mutuelle à leur contexte et choisir des modalités de son fonctionnement afin qu'elle reste viable sans un grand apport de l'Etat.

## 5.4 VIABILITE FINANCIERE

### 5.4.1 LE RATIO DE LIQUIDITE IMMEDIATE (F.1)

Ce ratio évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités avec les dettes exigibles à court terme. Plus le ratio est élevé, plus la liquidité est importante.

$$\text{Ratio de liquidité immédiate} = \frac{\text{Avoirs en caisse + avoirs en banque}}{\text{Dettes à court terme}}$$

**Le RLI est de 499 %.**

Ce ratio est élevé cela montre la liquidité de la mutuelle. Ce ratio est satisfaisant mais il exprime la solvabilité de la mutuelle à une date bien définie. Il ne montre pas la capacité financière de la mutuelle durant tout l'exercice.

Cependant avoir un ratio de liquidité immédiate qui équivaut à 4.99. Ceci montre que les avoirs (banque et caisse) sont 5 fois supérieurs aux dettes à court terme à cette période de l'année est rassurant pour les gestionnaires étant donné qu'à cette période, les avoirs ont tendance à diminuer alors que les dettes (prestations, factures ...) augmentent.

### 5.4.2 LE RATIO DES COTISATIONS ACQUISES / CHARGES (F.4)

Ce ratio permet de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations. Un ratio supérieur ou égal à 1 indique que la mutuelle a dégagé des excédents et est en mesure d'investir.

**Le ratio des cotisations acquises / charges est de 89.7%**

Le ratio des cotisations acquises / charges est de 89.7% ceci montre que les cotisations des bénéficiaires sont inférieures aux charges et elles couvrent à hauteur de 89.7 % les charges totales de la mutuelle.

**La « bonne marche financière » d'une mutuelle de santé**

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas.

Il convient dès lors d'évaluer si la mutuelle alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations. C'est l'objectif du troisième élément d'appréciation de la viabilité financière d'une mutuelle de santé.

### 5.4.3 LE RATIO DE SINISTRALITE (F.5)

Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisée au paiement des prestations. On estime de l'ordre de soixante-quinze pour cent (75%) le ratio de sinistralité pour une mutuelle performante. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

La charge de sinistre ou prestation maladie est composée des montants à charges des consultations, des ordonnances, des médicaments, des analyses et de l'imagerie.

**Le Ratio de sinistralité est de 45.06 %**

Ce ratio est largement inférieur à la norme qui est de 75% pour une mutuelle. Cela montre que seulement 45.06% des cotisations qui vont directement aux prestations maladies.

Ce ratio faible est avantageux pour la mutuelle mais ne l'est pas pour les bénéficiaires.

## Evolution des cotisations et des prestations

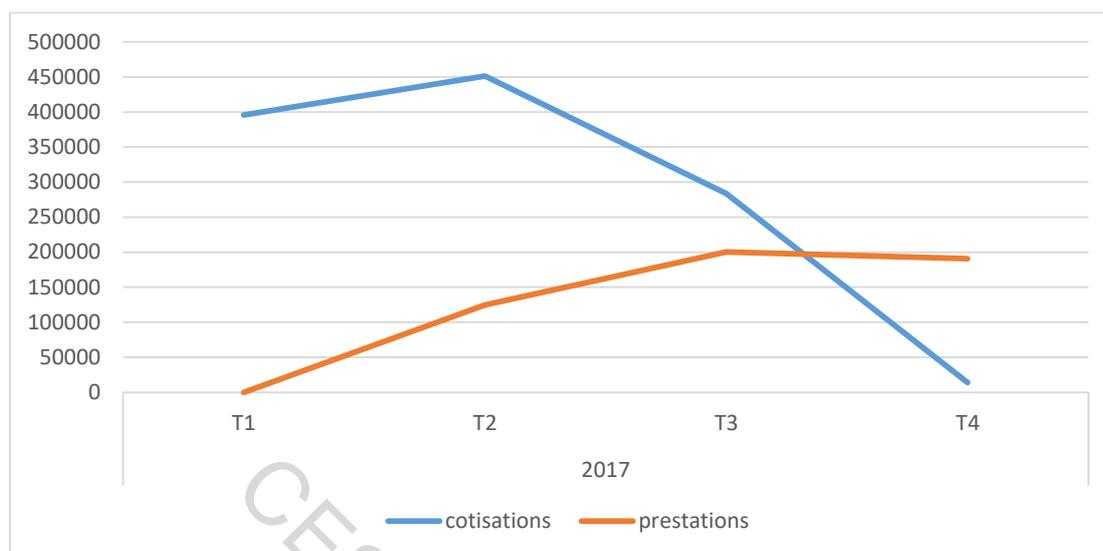


FIGURE 3: EVOLUTION DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Cette évolution des deux courbes confirme le taux de sinistralité qui est très faible mais on remarque que les prestations ont tendance à augmenter durant l'année et que les cotisations diminuent. Ces tendances s'expliquent par plusieurs facteurs qui sont entre autres l'annualité de la cotisation, la période d'observation...

### 5.4.4 LE RATIO DE FRAIS DE FONCTIONNEMENT BRUT (F.6)

Ce ratio mesure la part des ressources financières de la mutuelle utilisée pour son fonctionnement. Il est admis qu'un ratio inférieur ou égal à 10 pour cent est d'un niveau approprié.

**Le Ratio des frais de fonctionnement brut est de 29.17 %**

Le ratio de fonctionnement brut de 29.17%, il est trois fois supérieur par rapport au niveau approprié qui est de 10 %. Ce ratio élevé de fonctionnalité peut être expliqué par le fait que la mutuelle est à sa première année de mise en œuvre.

La mutuelle a intérêt à réduire ce ratio à la norme en essayant d'être plus efficace sur ces dépenses de fonctionnement étant donné que la commune prend en charge une part importante des frais de fonctionnalité (deux femmes de ménages, le siège) et leur partenaire belge leur a octroyé trois ordinateurs portables, une imprimante et deux routeurs.

#### 5.4.5 SYNTHÈSE DE LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DE LA MUTUELLE

La mutuelle gère un produit financier appelé assurance. La gestion d'un produit financier est soumise à des règles de transparence et de recevabilité.

**TABLEAU 12:** SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS RATIOS DE VIABILITÉ FINANCIÈRE

Le ratio de liquidité immédiate	499 %
Le ratio de cotisations acquises/ charges	89.7%
Le ratio de sinistralité	45.6 %
Le ratio de frais de fonctionnement brut	29.17 %

Source : MSYGD

L'évaluation financière d'une mutuelle se fait par rapport à trois situations qui sont :

- la situation financière de la mutuelle exprimée dans notre cas par le ratio de liquidité immédiate, qui malgré ses limites, peut rassurer plus au moins sur la liquidité et la solvabilité de la mutuelle. Il est de 499 % ceci montre que les avoirs actuels sont cinq fois supérieur aux dettes à court terme.
- Le financement de l'activité de la mutuelle exprimé ici par le rapport des cotisations acquises/ charges, il est de 89.7% cela montre que les cotisations à elles seules assurent 89.7% de l'ensemble des charges de la mutuelles.
- La bonne marche financière de la mutuelle, ce sont les ratios de sinistralité et de frais de fonctionnement brut qui la détermine. Le ratio de sinistralité est faible par rapport à la norme (avantageux pour la mutuelle mais démotive les bénéficiaires) et le ratio de fonctionnement brut très élevé par rapport à la norme (15 %).

## Répartition des dépenses de prestations par acte en 2017

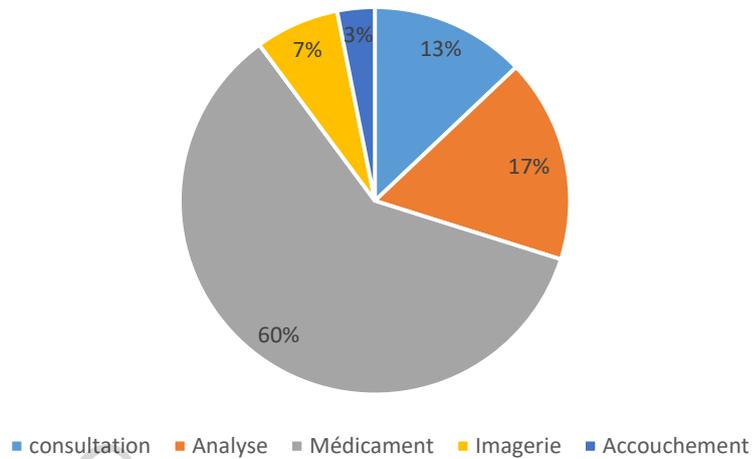


FIGURE 4 : REPARTITION DES DEPENSES DE PRESTATIONS PAR ACTE EN 2017

Les dépenses en médicaments représentent plus de 50% des dépenses totales en prestations pour l'année 2017 suivi par les analyses biomédicales et les consultations.

## CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

Après avoir passé en revue les différents types de viabilité de la mutuelle. Quelques recommandations sont préconisées pour les différentes parties prenantes de la mutualité communautaire :

### Pour la mutuelle

- ✓ renforcer la communication de proximité pour faire adhérer la population à la mutuelle ;
- ✓ cartographier les adhérents par secteur pour être focus sur la communication de proximité ;
- ✓ relancer par (VAD, appel téléphonique) les adhérents qui n'ont pas encore cotisé et ce qui n'ont pas renouvelé leur cotisation vu le nombre d'adhésion et de cotisations classique en régression ;
- ✓ mettre à jour les registres financiers pour assurer un bon suivi des états financiers (caisse, banque) ;
- ✓ chercher d'autres parrains pour l'enrôlement en masse des élèves ;
- ✓ élaborer un plan de travail annuel pour assurer un meilleur suivi des objectifs ;

### Pour la commune

- ♦ augmenter la subvention pour une plus grande couverture de la population indigène ;
- ♦ pérenniser la subvention destinée aux mutuelles ;

### Pour l'union départementale des mutuelles de Dakar

- ▲ assurer une supervision semestrielle des mutuelles de santé communautaires ;
- ▲ signer de contrat de service avec certains centres de santé (centre de santé de Gaspard Kamara) pour assurer la continuité des services aux bénéficiaires ;
- ▲ appuyer les mutuelles à élaboré des plans de travail annuel ;

### Pour l'agence de la couverture maladie universelle

- ❖ former les gestionnaires des mutuelles sur le 5S « kaizen » pour assurer un bon archivage des outils de gestion de la mutuelle ;
- ❖ renforcer la capacité des gestionnaires sur la gestion financière des mutuelles et sur le guide de suivi et évaluation des mutuelles du BIT ;
- ❖ professionnaliser les mutuelles pour qu'elles puissent jouer leur rôle dans l'extension de l'assurance maladie ;
- ❖ rendre disponible à temps la subvention destinée aux mutuelles ;
- ❖ informatiser les outils de gestion pour un meilleur suivi des indicateurs
- ❖ instaurer une contribution forfaitaire aux bénéficiaires de la Bourse de sécurité familiale.
- ❖ fusionner toutes les mutuelles communautaires existantes dans une même commune pour en faire une : une commune, une mutuelle de santé communautaire

## CONCLUSION

Notre étude porte sur l'analyse de la viabilité administrative, fonctionnelle, technique et financière de la mutuelle de santé communautaire « Yokkuté » de Grand-Dakar.

Il s'agissait de vérifier si la mutuelle remplisse tous les indicateurs sur la fonctionnalité et de voir aussi si la gestion administrative et financière de la mutuelle est efficace, mais aussi de vérifier si les risques inhérents à l'assurance maladie sont bien contrôlés au sein de cette mutuelle. Pour y parvenir nous avons utilisé les indicateurs de la viabilité administrative, fonctionnelle, technique et financière du guide de suivi et évaluation des systèmes de micro-assurance de santé (BIT/CIDR, 2001) avec quelques modifications.

Notre recherche nous ont montré que la mutuelle de santé malgré ces performances sur les volets technique et administratif, elle a du chemin à faire pour ses volets fonctionnel et financier.

Avec la faiblesse de leur poids démographique (taux de pénétration et taux de fidélisation faibles) et la faiblesse de leur poids financier et le faible taux de recouvrement des cotisations, les mutuelles joueraient difficilement le rôle d'extension de la couverture maladie universelle.

La mutualité communautaire a du chemin à parcourir dans un contexte où l'Etat et les partenaires financiers et techniques constituent les principaux bailleurs, où la politisation rampante de la mutualité territoriale prend de plus en plus d'ampleur, où les bénéficiaires classiques diminuent...

Cette étude peut-être envisagé sur un nombre représentatif de mutuelles de santé communautaires pour pouvoir en tirer des conclusions plus significatives sur la mutualité communautaire dans le contexte d'extension de la CMU.

## BIBLIOGRAPHIE

**1-ATIM C. (2000)**, Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre, STEP, Bureau international du travail, Genève.

**2-BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC, WSM. (1998)** Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (Genève).

**3-BIT/STEP, ANMC, WSM, (2000)**, Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs, Genève.

**4- Bureau International du Travail (2001)**, Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Programme Stratégies et Techniques contre l'exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), Genève.

**5-Bureau international du Travail (2002)**, Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Genève.

**6-Bureau international du Travail (2003)**, Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Genève.

**7-CMU**, Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017.

**8-CMU (2016)**, Manuel du participant : formation sur la gestion administrative, financière et comptable d'une mutuelle de santé.

**9-CISSE Dj. (2016)**, Analyse des déterminants de la viabilité d'une mutuelle de santé complémentaire : cas de la mutuelle de santé des armées du Sénégal. Mémoire de fin de cycle DESS Economie de la Santé CESAG, Dakar.

**10-DEFOURNY J. et FAILON J. (2011)**, Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques, Mondes en développement, 2011/1 n°153, p. 7-26. DOI : 10.3917/med.153.0007.

**11-DROR D. & JACQUIER C., (1999)**, Micro-insurance : Extending Health Insurance to the Excluded , BIT (ILO), Genève.

**12-EVELINE B., (2010)**, protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal, NOTE n°56 - Fondation Jean-Jaurès.

**13-FLORENCE J. et Al.**, (2017), Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? , questions d'économie de la santé n° 225.

**14-GOURLIER S.** (2014), Analyse de la rentabilité d'un produit en santé individuelle, Mémoire pour l'obtention du diplôme du Master Actuariat et l'admission à l'Institut des Actuaires, l'Université Paris Dauphine.

**15-HAUDEVILLE B.** (2009), Micro-intermédiation et protection sociale des populations vulnérables : Application au cas des économies africaines Rédaction provisoire Octobre 2009 Université d'Aix Marseille III.

**16-JULIETTE A.D.** (2016), les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal. Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire, Thèse de Doctorat en sciences économiques.

**17-KANYESHURI J., J.B. KAKOMA** (2010) étude de la viabilité des mutuelles de santé : cas de la mutuelle de santé du district de MUSANZE/RWANDA (2006-2008) Revue Médicale Rwandaise vol.68.

**18-NDIAYE M.** (2014), évaluation de la viabilité des mutuelles de santé couplées à des institutions de microcrédit : cas de la mutuelle sociale des transporteurs(TRANSVIE) au Sénégal. Mémoire de fin cycle DESS économie de la santé CESAG.

**19-NDIAYE S.** (2017), les fonds d'équité au Sénégal : analyse des mécanismes de couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle. Afrique et développement volume XLII, pp 9-31.

**20-NKOA F.C., ONGOLO-Z. P.** (2012). Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun.

**21-OMS (2000)**, Rapport sur la santé dans le monde, Pour un système de santé plus performant

**22-OMS (2005)**, Systèmes de financement de la santé: comment réduire les dépenses catastrophiques.

**23-OMS (2010)**, Rapport sur la santé dans le monde « financement de la santé: chemin vers la CSU ».

**24-OUATTARA O.et NDIAYE P. (2017)**, Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal. Coordination MASMUT zone UEMOA.

**25-RIETSCH C,** (2008) « Le marché réduit de la micro-assurance », Communication aux Journées de Micro-intermédiation, Orléans, 13-14 mars 2008.

**26-RIETSCH C,** (2010), La viabilité des systèmes de micro assurance santé.

**27-THIMBO EL A.** (2016), l'analyse de la gouvernance des mutuelles de santé au Sénégal : cas de la mutuelle de santé du cap vert de Dakar. Mémoire de fin de cycle MBA gestion des services de santé CESAG.

**28-TINE J.** (2000), Les mutuelles de santé rurales de la région de Thiès au Sénégal. Des initiatives communautaires pour améliorer l'accès aux soins de santé, Center for Development Research (ZEF), Bonn.

## **ANNEXE**

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : La fiche d'adhésion

Annexe 3 : Carte d'adhèrent

Annexe 4: Registre des prestations de soins

Annexe 5 : Lettre de garantie

Annexe 6: Fiche individuelle des cotisations

Annexe 7 : Convention avec le centre de santé de Gaspard Kamara

Annexe 8 : Convention avec le centre de santé de Grand-Dakar

Annexe 9 : Registre des cotisations

Annexe 10 : Arrêté portant agrément de la mutuelle

Annexe 11 : Tableaux financiers

Annexe 12 : Tableau des adhésions et bénéficiaires

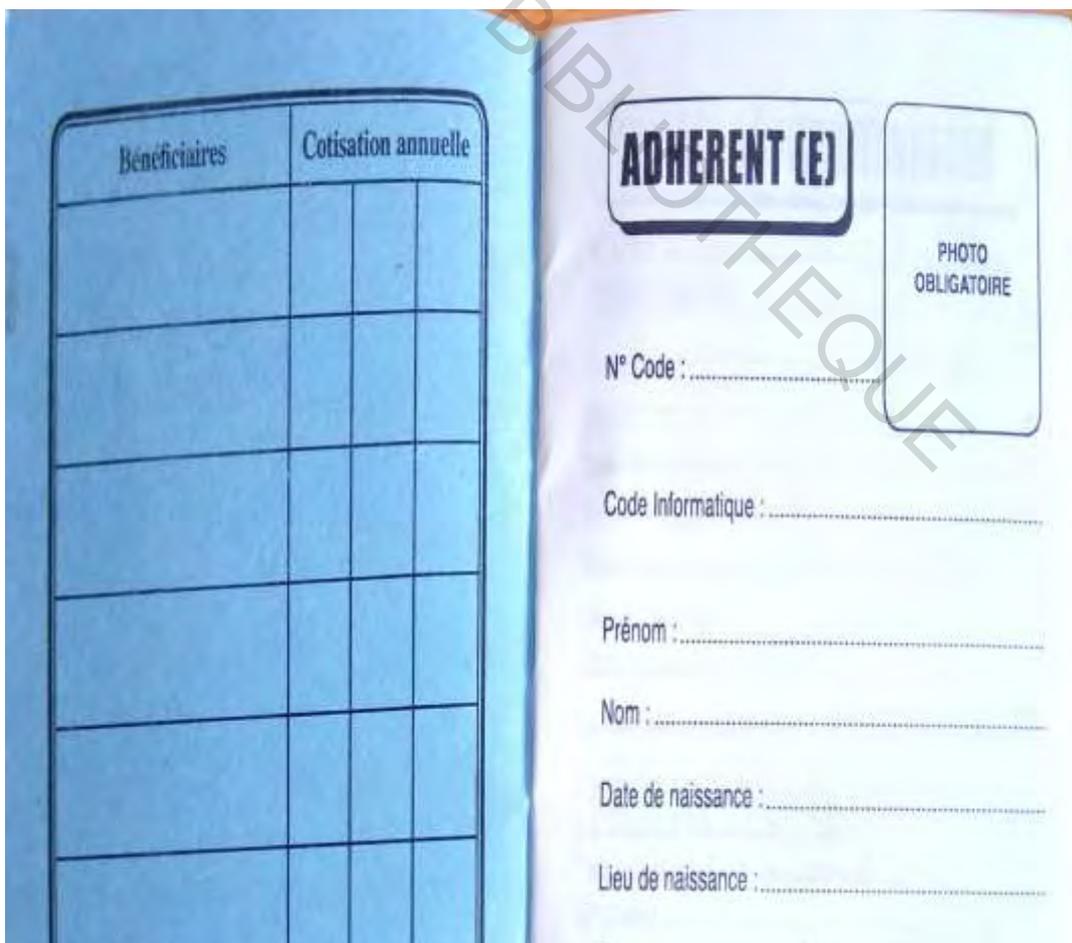
## Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Ce guide d'entretien est adressé aux gestionnaires de la mutuelle

- ♦ **Viabilité administrative**
  - Existence d'un cadre institutionnel et administratif
  - Nombre de structures
  - Existence d'un système de contrôle
- ♦ **Viabilité fonctionnelle**
  - Nombre d'adhérents en 2017
  - Nombre d'adhérents en 2018
  - Nombre de bénéficiaires classique en 2017 et 2018
  - Nombre d'adhérents ayant renouvelés en 2018
  - Nombre de bénéficiaires de la BSF enrôlé en 2018
  - Nombre d'élèves enrôlé en 2018
  - Le recouvrement des cotisations
  - Le délai de remboursement ou de paiement des prestataires
- ♦ **Viabilité technique**
  - Compétences des gestionnaires
  - Modalités d'adhésions
  - Périodes d'adhésions
  - Périodes d'observation
  - Le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant
  - Types de services de santé couverts
  - Mécanisme de paiement des prestations
  - Types de co-paiements
- ♦ **Viabilité financière et économique**
  - Bilan de l'année 2017
  - Montant des cotisations émises en 2017
  - Montant en caisse
  - Montant en banque
  - Dettes à courts terme
  - Dettes à long terme



Annexe 3 : LIVRET DE MEMBRE



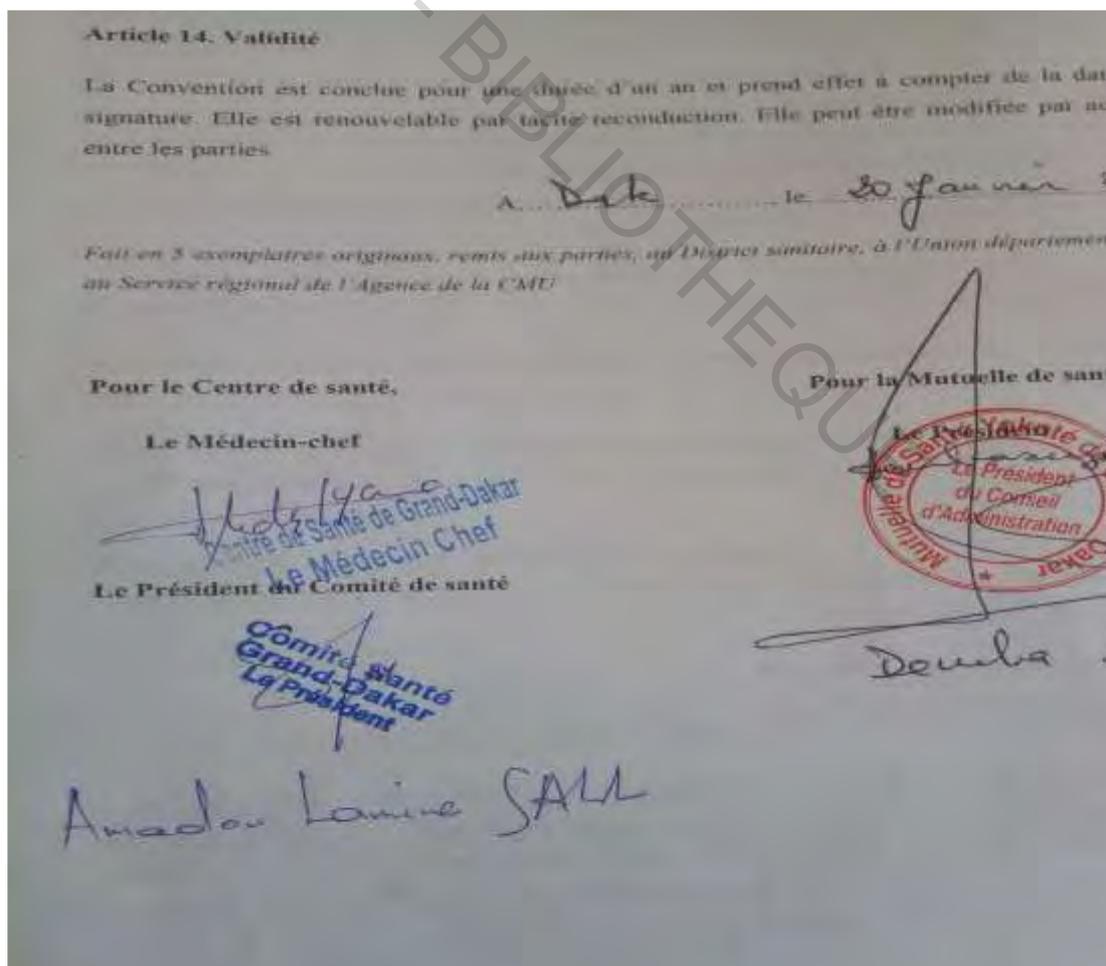
Annexe 4 : REGISTRE DE SUIVI DES PRESTATIONS



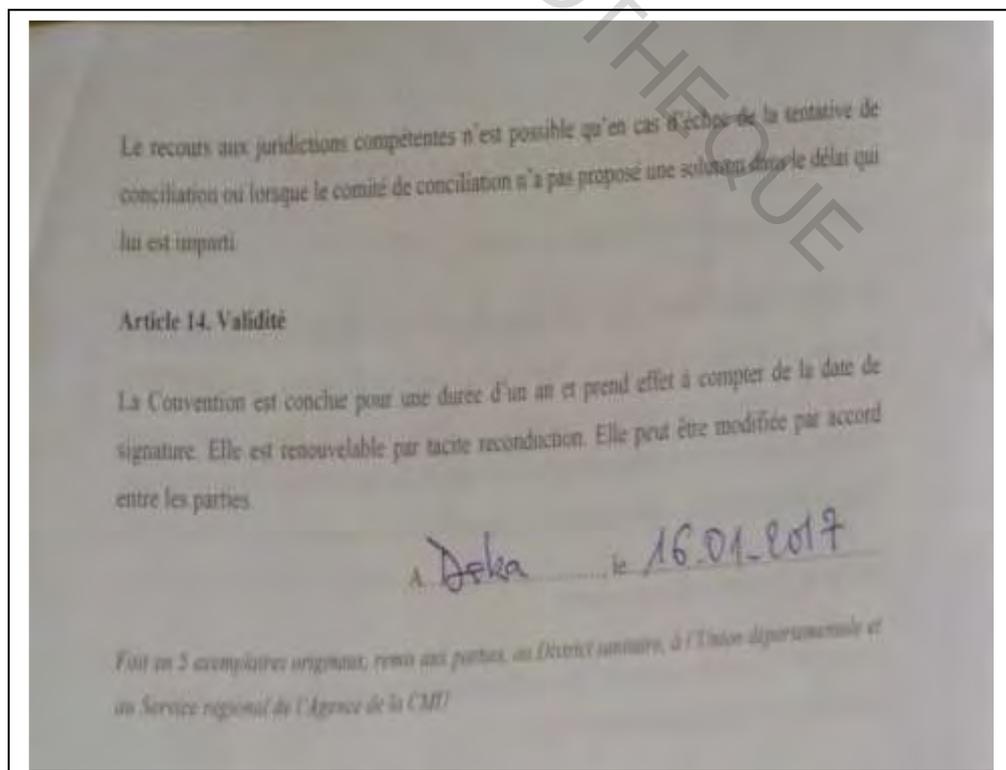




Annexe 7\_: CONVENTION AVEC LE CENTRE DE SANTE DE GRAND-DAKAR

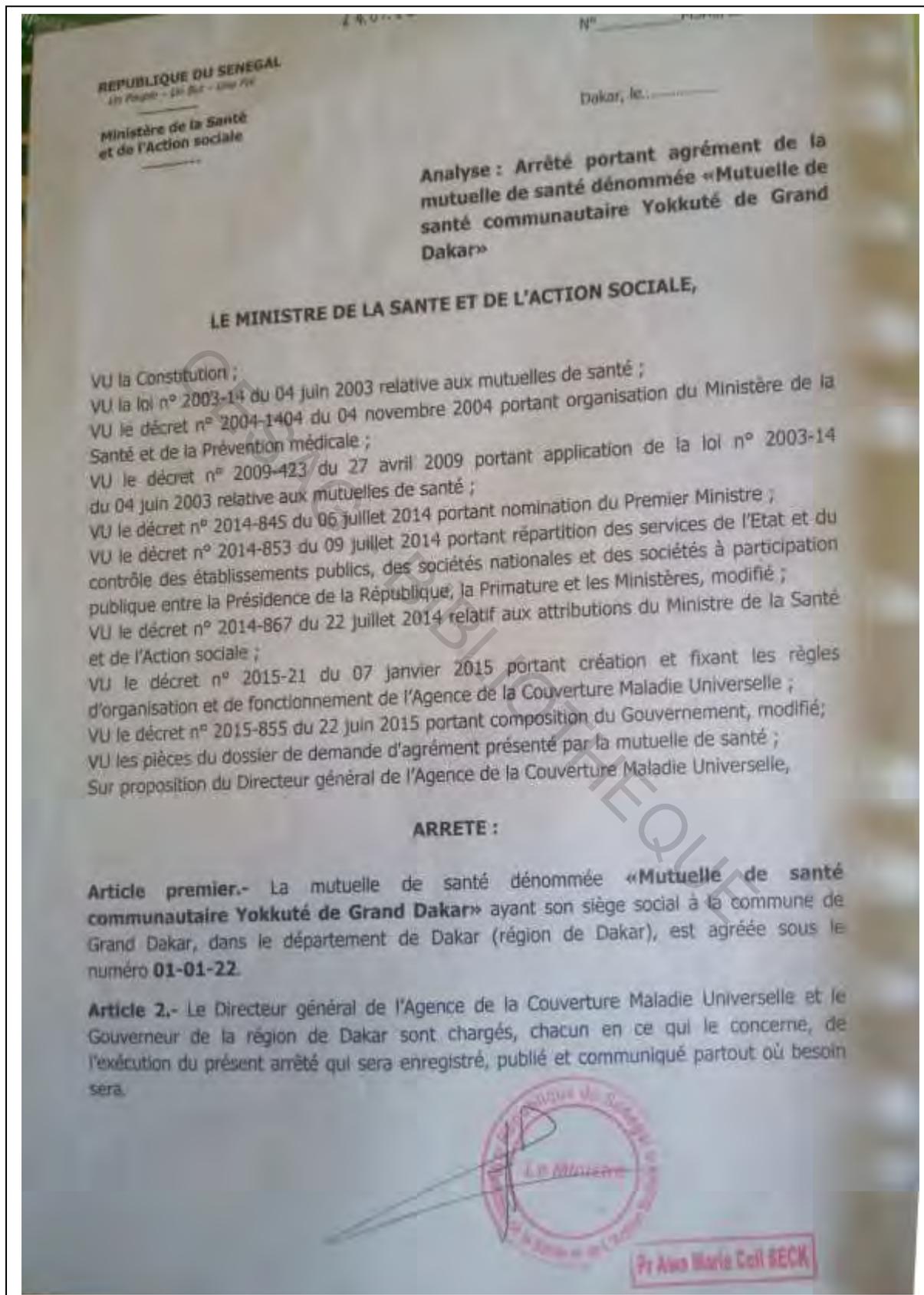


Annexe 8 : CONVENTION AVEC LE CENTRE DE SANTE DE GASPARD KAMARA





Annexe 10 : ARRETE PORTANT AGREMENT DE LA MUTUELLE



## Annexe 11 : TABLEAUX FINANCIERS

Tableau des cotisations et prestations en 2017 (en CFA)

		cotisation	prestations
2017	T1	395500	0
	T2	451500	124816
	T3	283500	200290
	T4	14000	190547
Total		1 144 500	515 653

Tableau des avoirs en caisse et banque et dettes en court terme au 01/11/2018

libelle	Montant (en F CFA)
Caisse	13 500
Banque	1 749 366
Avoir total	1 762 866
Dettes diverses	158 780
Dettes au prestataire	194 500
Dettes à court terme	353280

Tableau de répartition des prestations en 2017

Prestations	Montant en F CFA
consultation	66 400
Analyse biomédicale	87 700
Médicament	309 553
Imagerie	36 000
Accouchement	16 000
Total	515 653

Bilan de fin d'exercice en 2017

DEPENSES (EMPLOIS)	MONTANT (F CFA)	RECETTES(RESSOURCES )	MONTANT (F CFA)
DEPENSE EN PRESTATAIRE PRESTATION DE SOINS	515 652	DROITS D'ADHESION DONS ET LEGS	123 000 20 000
DEPENSE DE FONCTIONNEMENT	160 000	SUBVENTIONS	0
SALAIRE ET INDEMNITE	90 000	COTISATIONS	1 144 500
LOCATION SIEGE	0		
FRAIS DE DEPLACEMENT	29 500	SUBVENTIONS D'EXPLOITATION	
EAU ELECTRICITE	72 000	AUTRES RECETTES	
TELEPHONE	0		
AUTRES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	20 000		
FRAIS FINANCIER AGIOS			
DEPENSES D'INVESTISSEMENT	373200		
CAISSE	13 148		
	1 273 500		1 287 500
SOLDE	14 000		

Annexe 12 : DONNEES SUR LES ADHERENTS ET LES BENEFICIAIRES

Année	2017	2018
Adhérents classiques	123	199
Bénéficiaires classiques	327	205
BSF	2788	2788
Elèves	0	1121
CEC	32	32
Adhérents ayant renouvelés leur cotisation	-	26

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	V
SOMMAIRE.....	VI
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>5</b>
1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE .....	5
1.2 QUESTION DE RECHERCHE .....	8
1.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	8
1.3.1 Objectif général.....	8
1.3.2 Objectifs spécifiques.....	8
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>9</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL.....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE III : CADRE DE L'ETUDE.....</b>	<b>13</b>
3.1 CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....	13
3.1.1 Caractéristiques du Sénégal.....	13
3.1.2 Système de santé au Sénégal.....	13
3.1.2.1 Organisation du système de santé .....	13
3.1.2.2 Politique de santé .....	15
3.1.3 Système de protection sociale au Sénégal.....	15
3.1.3.1 le régime d'assurance maladie obligatoire.....	16
3.1.3.2 le régime d'assurance maladie volontaire.....	17
3.1.3.3 le régime d'assistance médicale.....	17
3.1.4 Le financement de la santé.....	18
3.1.5 La mutuelle de santé : définition et principes .....	19
3.1.5.1 définition .....	19
3.1.5.2 Principes.....	19
3.1.6 La mutualité au Sénégal.....	21
3.1.6.1 Historique et évolution.....	21
3.1.6.2 Cadre institutionnel .....	23
3.1.7 Mutualité et décentralisation.....	24
3.2 CADRE SPECIFIQUE DE L'ETUDE.....	26
3.2.1 La commune de Grand Dakar .....	26
3.2.1.1 historique de la commune .....	26
3.2.1.2 population de de la commune.....	26
3.2.1.3 structures sanitaires de la commune.....	26

3.2.2 La mutuelle de santé communautaire « Yokkuté » de Grand Dakar .....	27
3.2.2.1 Historique .....	27
3.2.2.2 Fonctionnement et administration .....	27
<b>CHAPITRE IV : METHODOLOGIE.....</b>	<b>28</b>
4.1 LA ZONE D'INTERVENTION ET LA POPULATION CIBLE .....	28
4.2 STRATEGIE DE RECHERCHE .....	28
4.3 VARIABLES ET INDICATEURS D'EVALUATION.....	29
4.3.1 Variables et Indicateurs d'évaluation Administrative.....	29
4.3.2 Variables et Indicateurs d'évaluation Technique.....	29
4.3.2.1 les compétences des gestionnaires .....	30
4.3.2.2 Les paramètres d'analyse des conditions d'adhésion.....	30
4.3.2.2.1 Les modalités d'adhésion .....	30
4.3.2.2.2 La période d'adhésion .....	30
4.3.2.2.3 La période probatoire .....	30
4.3.2.2.4 Le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant .....	30
4.3.2.3 Les paramètres d'analyse de la gestion des garanties .....	31
4.3.2.3.1 Le type de services de santé offerts .....	31
4.3.2.3.2 L'existence de co-paiements .....	31
4.3.2.3.3 L'entente préalable ou l'autorisation de prise en charge .....	32
4.3.2.3.4 La référence obligatoire.....	32
4.3.2.3.5 Les mécanismes de paiement des prestataires .....	32
4.3.2.3.6 La rationalisation des prestations .....	32
4.3.2.3.7 La sélection des prestataires .....	32
4.3.3 Variables et Indicateurs d'évaluation Fonctionnelle.....	33
4.3.3.1. La dynamique d'adhésion .....	33
4.3.3.2 Le recouvrement des cotisations .....	33
4.3.3.3 Le délai de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires..	33
4.3.4 Variables et Indicateurs d'évaluation Financière.....	34
4.3.4.1 L'évaluation de la situation financière par la méthode des ratios .....	34
4.3.4.2 Le financement de l'activité de la mutuelle .....	35
4.3.4.3 La « bonne marche financière » d'une mutuelle de santé .....	35
4.4 METHODE D'INVESTIGATIONS.....	36
4.5 CRITERES D'INCLUSION .....	36
4.6 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES .....	36
4.7 OUTILS D'ANALYSE DES DONNEES .....	36
4.8 LIMITES .....	36
<b>TROISIEME PARTIE : CADRE D'ANALYSE.....</b>	<b>37</b>
<b>CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
5.1 VIABILITE ADMINISTRATIVE .....	38
5.1.1 Indicateur de suivi des adhésions (T1).....	38
5.1.2 Indicateur de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésions (T2)	39
5.1.3 Indicateur de contrôle des droits aux prestataires (T3).....	41

5.1.4	Indicateur de suivi de prise en charges (T4)	42
5.1.5	Indicateur de suivi du portefeuille (T5)	44
5.1.6	: indicateur de suivi de l'enregistrement comptable (T6)	45
5.1.7	: Indicateur de suivi financier (T7)	46
5.1.8	: Indicateur de la qualité globale du suivi : synthèse (T8)	47
5.2	VIABILITE TECHNIQUE	49
5.2.1	Les compétences des gestionnaires	49
5.2.2	La période d'adhésion	49
5.2.3	La période probatoire ou de stage	49
5.2.4	Le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant	50
5.2.5	Les paramètres d'analyse de la gestion des garanties	50
5.2.5.1	Le type de services de santé offerts	50
5.2.5.2	L'existence de co-paiements	50
5.2.5.3	L'entente préalable ou l'autorisation de prise en charge	51
5.2.5.4	La référence obligatoire	51
5.2.5.5	Les mécanismes de paiement des prestataires	52
5.2.5.6	La rationalisation des prestations	52
5.2.5.7	La sélection des prestataires	52
5.2.6	: synthèse de la viabilité technique de la mutuelle	53
5.3	VIABILITE FONCTIONNELLE	54
5.3.1	Le taux de croissance brute (M.1)	54
5.3.1.1	taux de croissance des adhérents classiques	54
5.3.1.2	taux de croissance des bénéficiaires classiques	54
5.3.1.3	les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et de la carte d'Egalite des chances	55
5.3.1.4	La CMU-élève	55
5.3.2	Le taux de fidélisation (M.2)	56
5.3.3	le taux de pénétration (M.5)	56
5.3.4	<i>Le taux de recouvrement (M.6)</i>	57
5.3.5	Délai moyen de paiement des prestataires (M.7)	57
5.3.6	synthèse de la viabilité fonctionnelle de la mutuelle	58
5.4	VIABILITE FINANCIERE	59
5.4.1	Le ratio de liquidité immédiate (F.1)	59
5.4.2	Le ratio des cotisations acquises / charges (F.4)	59
5.4.3	Le ratio de sinistralité (F.5)	60
5.4.4	Le ratio de frais de fonctionnement brut (F.6)	61
5.4.5	Synthèse de la viabilité financière de la mutuelle	62
<b>CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS</b>		<b>64</b>
<b>CONCLUSION</b>		<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>66</b>
<b>ANNEXE</b>		<b>69</b>