



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES  
EN GESTION**

**INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE**

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES  
EN ECONOMIE DE LA SANTE  
6<sup>ème</sup> PROMOTION**



**THEME :**

**ETUDE D'EVALUATION DE LA SITUATION  
ACTUELLE DES INSTITUTIONS DE  
PREVOYANCE MALADIE (IPM) ET DES  
MUTUELLES DE SANTE DANS UNE  
PERSPECTIVE D'EXTENSION DE LA  
COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL**

**Présenté par :**

**Ghislain Sylvestre YAPI**

**Stagiaire en DSES  
Economiste**

**Email : yapighislain@yahoo.fr**

**Sous la Direction de**

**Hervé LAFARGE  
Professeur à l'Université  
PARIS DAUPHINE**

**Docteur Ouseynou DIOP  
Economiste de la Santé**

**AVRIL 2005**

**M0085DSES05**


**2**

Bibliothèque du CESAG



108372





## Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mon père **YAPI Lé Jean Claude** et à mon oncle **YAPI Atsé Alphonse** qui ont financé cette formation, et qui m'ont toujours soutenu et encouragé dans tout ce que j'entreprends.

A **Iyala Louise GUILLABERT**, une grande amie, qui m'a été d'un grand soutien.

## Remerciements

Je remercie :

Docteur **Ouseynou DIOP**, Chirurgien Dentiste, Economiste de la Santé, pour son encadrement dans la réalisation de ce travail.

Monsieur **Cheick Ibra Fall**, Président de l'association des gérants d'IPM, Gérant de l'IPM Sentenac, qui m'a orienté dans ce travail et m'a permis d'avoir toutes les informations nécessaires à sa réalisation.

Monsieur **LAFARGE Hervé**, Professeur à l'université de Paris Dauphine, Enseignant associé au CESAG, pour avoir bien voulu encadrer ce travail.

Monsieur **TAGUE**, Gérant de l'IPM SDE et ses collaborateurs, et Messieurs **Dame DIAW**, **Babacar MBAYE** et leurs collaborateurs sans qui la collecte des données n'aurait pas été possible.

Monsieur **MENA Mo**, Directeur de l'Institut Supérieur de santé et tous les enseignants du programme de DSES pour l'enseignement dispensé.

La Direction du CESAG, et tout le personnel administratif, qui ont mis tout à notre disposition pendant tout le temps que la formation a duré.

Tous mes collègues de la 6<sup>ème</sup> promotion, pour l'esprit fraternel, convivial et de solidarité pendant la période de formation.

Toute la communauté ivoirienne au CESAG, regroupée au sein de l'AIC, dont j'ai eu le plaisir de diriger en temps que Président au cours de l'année académique 2003-2004

Tous ceux qui n'ont pas été cités et qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

## Abréviations et Sigles

<b>ACOPAM</b>	Appui associatif et Coopératif aux Initiatives de développement à la base
<b>AG</b>	Assemblée générale
<b>ANMC</b>	Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne
<b>BIT</b>	Bureau International du Travail
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CAMICS</b>	Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé
<b>CE</b>	Comité exécutif
<b>ENDA GRAF</b>	Structure de développement de l'environnement, groupe de recherche, Action et formation
<b>ESAM</b>	Enquête sénégalaise auprès des Ménages
<b>GTZ</b>	Coopération allemande
<b>Hts</b>	Habitants
<b>IPM</b>	Institution de prévoyance maladie
<b>IPRES</b>	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>LAMPS</b>	Logiciel d'Assurance Maladie des Professionnels de la Santé
<b>MS</b>	Mutuelle de santé
<b>Méd</b>	Médecin
<b>OIT</b>	Organisation Internationale du Travail
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PAMS</b>	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé
<b>PNDS</b>	Programme national de développement Sanitaire
<b>PHR</b>	Partnership for Health Reform
<b>PROMUSAF</b>	Programme des mutualités chrétiennes et de solidarité mondiale en Afrique
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>STEP</b>	Stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion sociale et la pauvreté.
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UTA</b>	Union Technique Autonome
<b>VS</b>	Contre
<b>WSM</b>	ONG Solidarité mondiale





## LISTE DES GRAPHIQUES

Pages

**Graphique n° 1 : Répartition des charges réelles par prestation regroupée de l'IPM Sentenac en 2004** 41

**Graphique n° 2 : Répartition de la consommation médicale réelle de l'IPM SDE en 2004** 49



## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau n°1 : Taux de prise en charge des prestations au niveau de l'IPM Sentenac en 2004** 38

**Tableau n° 2 : Répartition des charges totales de l'IPM Sentenac par prestation en 2004** 40

**Tableau n° 3 : Répartition des charges par prestations regroupées de l'IPM Sentenac en 2004** 40

**Tableau n° 4 : Répartition des cotisations par catégorie socio professionnelle au niveau De l'IPM SDE** 44

**Tableau n° 5 : Taux de prise en charge des prestations au niveau de l'IPM SDE** 45

**Tableau n° 6 : Répartition des charges supportées par l'IPM SDE et par les participants En 2004** 47

**Tableau n° 7 : Répartition des charges réelles par prestations regroupées de l'IPM SDE En 2004** 48

**Tableau n° 8 : Evolution des adhérents de la mutuelle de santé Enda Fagaru** 52

**Tableau n° 9 : Evaluation des IPM et MS étudiées** 72



## LISTE DES ANNEXES

**Annexe n° 1 :** Glossaire

**Annexe n° 2 :** Répartition des mutuelles de santé sur toute l'étendue du territoire national  
Sénégalais

**Annexe n° 3 :** Questionnaire d'enquête auprès des gestionnaires des IPM et MS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# TABLE DE MATIERES

	<b>Pages</b>
Dédicaces	i
Remerciements	ii
Abréviations et sigles	ii
Liste des graphiques	iv
Liste des tableaux	iv
Liste des annexes	v
INTRODUCTION GENERALE	1
CADRE THEORIQUE, MODELE D'ANALYSE	3
I- PRESENTATION DE L'ETUDE	4
I-1 Problématique	4
I-2 Contexte de l'étude	7
I-2-1 Situation géographique et démographique	7
I-2-2 Situation économique et sociale	7
I-2-3 Politique et système de santé	8
I-2-4 Système de santé	8
I-2-5 Système de protection sociale au Sénégal	10
I-2-5-1 Caisse de sécurité sociale	10
I-2-5-2 Institution de prévoyance maladie	11
I-2-5-3 Institution de prévoyance retraite du Sénégal	11
I-2-6 Protection maladie non obligatoire	12
I-2-6-1 Assurances maladie à but lucratif	12
I-2-6-2 Mutuelles de santé	13
I-3 Objectifs de l'étude	13
I-3-1 Objectif général	13
I-3-2 Objectifs spécifiques	13
I-4 Intérêt de l'étude	14
II- ETAT DES CONNAISSANCES	15
II-1 Institutions de prévoyance maladie	15
II-1-1 Définition	16
II-1-2 Création	16
II-1-3 Acteurs	16
II-1-4 Financement	17
II-1-5 Aperçu général des IPM	17
II-1-6 Fonctionnement des IPM	18
II-1-7 Acquis des IPM	18
II-1-8 Facteurs majeurs de déséquilibre	19
II-2 Mutuelles de santé	19
II-2-1 Contexte d'urgence de la mutualité au Sénégal	20

II-2-2	Typologie des mutuelles de santé	21
II-2-2-1	Définition d'une mutuelle de santé	21
II-2-2-2	Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé	21
II-2-2-2-1	Organisation interne de la mutuelle	22
II-2-2-2-2	Adhésion à une mutuelle de santé	23
II-2-2-2-3	Risques liés à l'assurance santé	24
II-2-2-2-4	Gestion de la mutuelle de santé	24
II-2-2-2-5	Perspectives de durabilité et de viabilité	26
II-2-2-3	Financement	26
II-2-2-4	Système de protection facultatif	26
II-2-2-4-1	Mutuelles de santé dites complémentaires	26
II-2-2-4-2	Mutuelles de santé dites « au premier franc »	27
II-2-2-5	Analyse diachronique des mutuelles de santé	27
III-	MODELE D'ANALYSE, HYPOTHESE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE	29
III-1	Modèle théorique de l'étude	29
III-2	Hypothèse de recherche	32
III-3	Méthodologie de l'étude	32
III-3-1	Stratégie de la recherche	32
III-3-2	Méthode de collecte des données	32
III-3-3	Analyse des données	33
CADRE D'ANALYSE DE L'ETUDE		34
IV-	DESCRIPTION DES STRUCTURES A L'ETUDE	35
IV-1	Description des IPM à l'étude	35
IV-1-1	Description de l'IPM Sentenac	35
IV-1-1-1	Contexte de création	35
IV-1-1-2	Organisation	36
IV-1-1-3	Bénéficiaires	36
IV-1-1-4	Cotisations	37
IV-1-1-5	Prise en charge	37
IV-1-1-6	Prestations	38
IV-1-1-7	Suivi des bénéficiaires	39
IV-1-1-8	Comptes de l'IPM	39
IV-1-1-9	Fonctionnement et biens matériels	42
IV-1-2	Description de l'IPM SDE	43
IV-1-2-1	Contexte de création	43
IV-1-2-2	Organisation	43
IV-1-2-3	Bénéficiaires	44
IV-1-2-4	Cotisations	44
IV-1-2-5	Prise en charge	44
IV-1-2-6	Prestations	45
IV-1-2-7	Suivie des bénéficiaires	46
IV-1-2-8	Comptes de l'IPM	46
IV-1-2-9	Fonctionnement et biens matériels	50

IV-2	Description des mutuelles de santé à l'étude	51
IV-2-1	Description de la mutuelle de santé And Fagaru	51
IV-2-1-1	Contexte de création	51
IV-2-1-2	Organisation	51
IV-2-1-3	Statut juridique	52
IV-2-1-4	Bénéficiaires	52
IV-2-1-5	Cotisations	52
IV-2-1-6	Prestations	53
IV-2-2-7	Suivi des bénéficiaires	53
IV-2-1-8	Comptes de la mutuelle	54
IV-2-1-8	Moyens matériels	54
IV-2-2	Description de la mutuelle de santé Ndiareme limamoulaye	54
IV-2-2-1	Contexte de création	54
IV-2-2-2	Organisation	55
IV-2-2-3	Statut juridique	55
IV-2-2-4	Bénéficiaires	56
IV-2-2-5	Cotisations	56
IV-2-2-6	Prestations	56
IV-2-2-7	Suivi des bénéficiaires	57
IV-2-2-8	Compte de la mutuelle	58
IV-2-2-9	Moyens matériels	58
V-	EVALUATION DES STRUCTURES A L'ETUDE	59
V-1	Evaluation des IPM Sentenac et SDE	59
V-1-1	Evaluation de l'IPM Sentenac	59
V-1-1-1	Mobilisation des ressources	59
V-1-1-2	Impact d'efficacité	60
V-1-1-3	Equité	60
V-1-1-4	Accès aux soins de qualité	61
V-1-1-5	Durabilité et viabilité	61
V-1-1-6	Gouvernance locale	61
V-1-2	Evaluation de l'IPM SDE	62
V-1-2-1	Mobilisation des ressources financières	62
V-1-2-2	Impact d'efficacité	63
V-1-2-3	Equité	63
V-1-2-4	Accès aux soins de qualité	64
V-1-2-5	Durabilité et viabilité	64
V-1-2-6	Gouvernance locale	64
V-2	Evaluation des mutuelles And Fagaru, et Ndiareme limamoulaye	65
V-2-1	Evaluation de la mutuelle And Fagaru	65
V-2-1-1	Mobilisation des ressources	65
V-2-1-2	Impact d'équité	66
V-2-1-3	Equité	66
V-2-1-4	Accès aux soins de qualité	67
V-2-1-5	Durabilité et viabilité	67
V-2-1-6	Gouvernance locale	68



V-2-2	Evaluation de la mutuelle de santé Ndiareme limamoulaye	68
V-2-2-1	Mobilisation des ressources financières	68
V-2-2-2	Impact d'efficacité	69
V-2-2-3	Equité	69
V-2-2-4	Accès aux soins de qualité	70
V-2-2-5	Durabilité et viabilité	70
V-2-2-6	Gouvernance locale	70
V-3	Synthèse de l'évaluation de chaque type de structure	72
V-3-1	Synthèse de l'évaluation des IPM à l'étude	72
V-3-2	Synthèse de l'évaluation des mutuelles de santé à l'étude	73
V-4	Atouts et les faiblesses de chaque type d'institution	76
V-4-1	Atouts et les faiblesses des IPM	76
V-4-1-1	Atouts des IPM	76
V-4-1-2	Faiblesses des IPM	77
V-4-2	Atouts et faiblesses des mutuelles de santé	78
V-4-2-1	Atouts des mutuelles de santé	78
V-4-2-2	Faiblesses des mutuelles de santé	78
VI-	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	80
VI-1	Discussion	81
VI-2	Recommandations	84
CONCLUSION GENERALE		87
	Bibliographie	88
	Annexes	91

## INTRODUCTION

Les difficultés nées de la détérioration de la situation économique des pays africains ont mis fin à « l'Etat providence » des indépendances avec pour principe la gratuité des soins. Cette situation a conduit les pays en voie de développement à se réunir à ALMA ATA sous l'égide de l'OMS, pour tenter de trouver des solutions aux problèmes de santé.

A cette conférence, les Etats réunis ont adopté la stratégie des soins de santé primaires (SSP) visant à favoriser l'accès universel aux soins de santé de base. La mise en place de cette politique de soins de santé primaires a coïncidé avec la crise économique des années 1980.

Dans le but de résoudre cette crise, les gouvernements ont adopté des programmes d'ajustements structurels, mais la crise trop aiguë et aussi la mauvaise gestion ont amené les gouvernements africains à réduire les dépenses en matière de santé. Ceux-ci n'étant plus en mesure de financer le système de santé par le biais des impôts.

On assiste donc à une dégradation de la situation sanitaire des populations, de la disponibilité des soins et des médicaments.

C'est ainsi que suite aux propositions de l'OMS et de l'UNICEF la question de participation des populations au financement des soins de santé qui jusque là n'était pas envisageable, se posait de plus en plus avec acuité. Il se présentait comme une exigence incontournable.

C'est ainsi que la 37<sup>ème</sup> assemblée régionale de l'OMS réunie au Mali a adopté une résolution sous le nom d'initiative de Bamako (IB) en 1987. Cette résolution visait non seulement la mise en œuvre effective de la stratégie des soins de santé primaires mais aussi la participation financière des populations à leurs soins (recouvrement de coûts) et enfin un mécanisme de cogestion communautaire centré sur les médicaments génériques.

Considéré comme stratégie pertinente pour atteindre les objectifs de soins de santé primaires, l'initiative de Bamako a donné un bilan mitigé de son action, il a montré ses limites à garantir un système de santé permettant d'assurer un accès aux soins de qualité des populations.

Devant cet échec, la plupart des pays africains vont instituer des réformes économiques et structurelles, avec à l'origine des réformes du secteur de la santé. L'une des composantes majeures de ces réformes, est le financement des soins de santé, basé sur la nécessité de développer des mécanismes de financement alternatifs. Ces réformes politiques visent à développer des mécanismes pour réaliser le financement des soins de santé de manière efficace et durable, afin d'étendre l'accès aux soins à toute la population.

C'est dans ce contexte général que le Sénégal à l'instar des autres pays africains subsahariens, va mettre en place un plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 1998-2007. Ce plan vise à rechercher les mécanismes de facilitation de l'accès aux soins et aussi de systèmes de protection socio- sanitaires à mettre en place pour garantir la santé pour tous, et préserver les plus démunies et les groupes à haut risque de l'impact potentiel négatif du risque maladie. L'assurance maladie qui est un volet de ce plan, constitue un élément important pour l'accès aux soins des populations.

La présente étude vise l'évaluation de deux catégories d'assurance maladie à savoir l'assurance maladie obligatoire à travers les institutions de prévoyance maladie (IPM) et l'assurance maladie volontaire par les mutuelles de santé. Cette étude permettra de faire l'évaluation de la situation actuelle sur ces deux types d'assurance, dans une perspective d'étendre la couverture du risque maladie à toute la population au Sénégal. Cette étude comporte deux parties

La partie théorique comprenant le contexte général, la problématique, les objectifs, l'intérêt de l'étude, l'état des connaissances, le modèle théorique, les hypothèses de la recherche et la méthodologie.

La partie pratique comprenant, la description des structures de l'étude, l'évaluation selon les critères préétablis, les recommandations et la conclusion.

CADRE THEORIQUE  
MODELE D'ANALYSE

## **I- PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

### **I-1 Problématique**

La participation des populations au financement de leur santé (recouvrement des coûts) conformément aux principes de l'initiative de Bamako, n'a pas suffi pour garantir un meilleur accès aux soins de santé des populations.

Cette situation a conduit à une dégradation progressive de la couverture sanitaire qui découle de l'incapacité de la population vulnérable en particulier, d'assurer la continuité des services reçus. Egalement, leur accès aux soins de santé est devenu difficile voir impossible pour une grande majorité de la population frappée aujourd'hui par une pauvreté plus que jamais aiguë. En vue de mieux répondre aux exigences d'une politique centrée sur la santé pour tous et aux impératifs de la société moderne qui demande un traitement de plus en plus efficace, il est nécessaire d'engager une réforme de ce secteur.

Au Sénégal comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, l'extension des soins à toute la population constituera une priorité.

Pour atteindre ce but, l'Etat va élaborer un plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période (1998-2007)

Dans le cadre de ce PNDS, une cellule d'appui aux mutuelles de santé, aux IPM et aux comités de santé a été créée en 1998 regroupant 3 programmes.

- Le programme d'appui aux mutuelles de santé
- Le programme de renforcement et de suivi des IPM
- Le programme d'appui aux comités de santé

Cette cellule aura pour objectif de

-Relever et élargir le niveau de la protection sociale afin de réduire les inégalités devant les risques sociaux- sanitaires.

- Favoriser l'émergence des mutuelles de santé et développer la culture mutualiste au Sénégal.
- Renforcer et réorganiser les institutions de prévoyance maladie.

Au niveau des populations ces actions ont entraîné l'émergence d'initiatives populaires en vue de faire face aux difficultés auxquelles les ménages étaient confrontés dans la résolution de



leur problème de santé. Elle a trouvé à cet effet sa réalisation dans les mutuelles de santé. Lesquelles mutuelles ont cherché à assurer une couverture sanitaire plus efficace suivant les principes propres à chaque communauté. Cette participation communautaire est prise ici dans le sens où chacun se sent concerné et contraint (par la situation socio-économique) de participer à des actions collectives pour s'offrir une couverture sanitaire efficace.

On va assister à un accroissement de la population couverte au risque maladie, mais elle demeure toujours faible. La couverture du risque maladie au Sénégal s'élève à 24,04% soit 2 402 715 habitants sur un total estimé à 10 000 000 d'habitants.

Les institutions de prévoyance maladie (assurance maladie obligatoire) et les mutuelles de santé (assurance volontaire) couvrent respectivement 8,90% soit 889 220 habitants et 4,21% soit 421 670 habitants. Ces deux systèmes de couverture maladie représentant plus de la moitié de la couverture nationale. Sont-ils complémentaires ou concurrentiels ?

Les institutions de prévoyance maladie (IPM) ont été créées conformément à la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1946 et suite à la ratification de la convention 102 de l'OIT de 1952 qui détermine « la norme minimale de sécurité sociale. »

Les IPM ont vu le jour sous le fondement de la loi 75-50 du 03 avril 1975 relative à la définition du cadre général des institutions de prévoyance sociale et le décret d'application n° 75-895 du 14 août 1975 portant création et organisation des IPM.

C'est une assurance à base professionnelle (patronale et salariale) et repose sur les trois principes fondamentaux du modèle Bismarckien qui sont :

- Le caractère obligatoire de la participation à son financement ;
- Un niveau de contribution qui n'est pas fonction du risque couvert mais proportionnel au salaire du cotisant. Les prestations sont les mêmes pour tous.
- Une charge financière partagée entre les travailleurs et leurs employeurs, avec éventuellement, la possibilité de subvention de l'Etat.

Elles sont définies comme des organismes à but non lucratif de protection pour les travailleurs du secteur des entreprises privées. Elles sont fondées sur des principes de solidarité et d'auto-gestion démocratique. Elles sont investies de la mission de prise en charge partielle des frais médicaux occasionnés par les employés et leurs familles, sur la base de cotisation versée par les travailleurs et les employeurs.

L'institution est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes. Celles qui emploient moins doivent se ranger dans une IPM inter-entreprise ou adhèrent à une IPM déjà autorisée. Son financement est assuré à la fois par les employeurs et les employés à hauteur de 6% du salaire repartit équitablement entre les deux parties. Ce qui représente un

taux maximum de cotisation du salaire plafonné à 60 000 Frs soit 3600 Frs à répartir équitablement entre le salarié et son employeur.

Les IPM représentent une source importante de financement de la santé. Elles prennent en charge les soins médicaux, les analyses, les médicaments à hauteur de 50% à 80% des prestations reçues. Elles occupent 50% des chiffres d'affaires des pharmaciens, 20% à 35% des chiffres d'affaires des cliniques.<sup>1</sup>

Les IPM engagent 17 milliards de frais médicaux répartis entre les charges techniques et les quotes parts des travailleurs. Les cotisations s'élèvent à 8 milliards de francs cfa.<sup>2</sup>

Elles sont réparties sur toute l'étendue du territoire national, c'est ainsi qu'on en dénombre environ 124 agréées, et trois en gestation.

Quant aux mutuelles de santé, elles se définissent comme un système d'assurance volontaire à but non lucratif, élaboré sur la base d'une éthique d'aide mutuelle de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement, dans sa forme d'assurance maladie.

Parti de l'initiative du diocèse de Thiès, avec l'appui de l'hôpital Saint Jean de Dieu, les mutuelles s'étendent aujourd'hui sur tout le territoire national. On en dénombre actuellement 102 mutuelles de santé dont 97 au premier franc et 5 de type complémentaire. Cette diversification des mutuelles a permis de palier aux difficultés de financement des soins des populations couvertes. Elles financent à hauteur de 1 270 315 857 Frs soit 7,18% des dépenses totales de santé et les personnes couvertes sont au nombre de 421 670. Ce qui reste extrêmement faible.

En somme, une population estimée à 7 500 000 habitants reste sans couverture maladie. Cela représente 76% de la population nationale.

Les IPM et les mutuelles de santé sont complémentaires car ils évoluent dans des secteurs d'activités différentes. Les IPM s'implantent dans le secteur privé professionnel, alors que les mutuelles de santé se développent dans le secteur public professionnel (où ils prennent en compte la partie non couverte par la sécurité sociale) et au sein de la communauté urbaine et rurale en générale.

Le cadre d'évolution des IPM et des mutuelles de santé étant différent, lequel des deux est favorable à une meilleure extension de la couverture maladie au Sénégal ?

---

<sup>1</sup> A WADE, Document colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris 26-30 avril 2004.

<sup>2</sup> Cheick Ibra FALL, Président de l'association des gérants d' IPM au Sénégal, rapport annuel sur les IPM fonctionnelles 2004.

Ainsi donc, nous allons ressortir les performances de ces deux systèmes de couverture maladie afin de mieux cerner leur complémentarité dans le paquet de soins, dans un but d'étendre la couverture maladie à toute la population.

Pour atteindre cet objectif, nous avons mené cette étude qui a pour thème « Etude d'évaluation de la situation actuelle des IPM et mutuelles de santé dans une perspective d'extension de la couverture maladie au Sénégal. »

## **I-2 CONTEXTE DE L'ETUDE**

### **I-2-1 Situation géographique et démographique du Sénégal**

Le Sénégal situé à l'extrême Ouest du continent africain, s'étend sur une superficie de 196722 Km<sup>2</sup>, la population est estimée à 10 millions d'habitant en 2003, inégalement répartie, avec une forte densité en milieu urbain surtout à dakar.

Le taux d'accroissement naturel est de 2,7% (Banque mondiale)

La population est en majorité composée de jeunes (57,7% ont moins de 20 ans) et de femmes (elles représentent 52% de la population totale (Banque mondiale)

Le Sénégal est un pays dont le climat est caractérisé par une saison sèche et une saison pluvieuse ou hivernage, avec un relief plat et un sol sablonneux (BIT 2000)

### **I-2-2 Situation économique et sociale**

Pays à base agricole, le Sénégal tire l'essentiel de ses ressources de l'agriculture, de la pêche et du tourisme. Les politiques antérieures, la dévaluation de 1994, et les difficultés économiques persistantes ont entraîné une dégradation des conditions d'existence des populations.

Les enquêtes ESAM 1 ; 2 et 3 ont montré que la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 33% en 1991- 1992 à 67,9% en 1994-1995 et à 57,1% en 2001-2002, soit une hausse de 31% entre 1992 et 1995 suivie d'une baisse de cette de cette population de 16% entre 1995 et 2002. Avec un PIB/ tête à 600\$US, le Sénégal est admis en 2001 dans la catégorie des pays les moins avancés (Source : document colloque banque mondiale 2004)

L'une des conséquences majeure de la pauvreté est qu'une grande partie de la population est incapable d'assurer leurs soins médicaux. Les systèmes d'assurances devraient normalement faciliter l'accès aux soins des personnes, couvrent effectivement les 1/5 de la population sénégalaise (Source : CAMICS)

### **I-2-3 Politique et Système de santé**

La politique sanitaire du Sénégal s'appuie sur un Plan décennal couvrant la période 1998-2007. Ce plan est dénommé Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ce plan comprend trois axes principaux qui sont : les réformes institutionnelles, l'amélioration de l'offre de santé, l'accroissement des performances du système de santé.

A l'intérieur de ces axes principaux, on a le programme de développement intégré de la santé (PDIS) qui couvre une période de 5 ans (1998-2002) qui est la traduction concrète des priorités en matière de santé.

Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opérations (PO) produits par tous les acteurs du système de santé. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et la maîtrise de la fécondité.

### **I-2-4 Système de santé**

Le système public de santé du Sénégal est organisé sous forme pyramidale à trois niveaux conformément à la conférence de Hararé en 1989.

- l'échelon central (Administration centrale)
- l'échelon régional (Région médicale)
- l'échelon périphérique (District sanitaire)

Le découpage du pays en districts sanitaires constitue une étape importante dans le processus de décentralisation. Elle permet une plus grande responsabilité aux équipes médicales régionales et aux districts sanitaires dans les domaines de la planification et la gestion de la santé.

Le Sénégal compte actuellement 54 districts sanitaires. Chaque district comprend au minimum un centre de santé où exerce le médecin chef de district et couvre un réseau de postes de santé, et de cases de santé.

Chaque région médicale correspond à une région administrative dirigée par un médecin de santé publique qui coordonne les activités de santé.

Au niveau central, on a le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

L'Etat en terme de financement de la santé constitue le principal bailleur, il accorde environ 8% de son budget de fonctionnement 2001. L'Etat a pour objectif d'atteindre les

recommandations de l'OMS, c'est à dire consacrer 9% de son budget de fonctionnement au financement de la santé.

La carte sanitaire en 2000 se présentait comme suit :

Au niveau du personnel

- 01 Méd. pour 17 000 Hts VS Norme OMS de 01 Méd. pour 5 à 10 000 Hts.
- 01 Inf pour 8 700 Hts VS Norme OMS de 01 Inf pour 300 Hts.
- 01 Sage femme pour 4600 femmes en age de reproduction VS Norme OMS 01 Sage femme pour 300 femmes.

Au niveau des infrastructures

- 01 Poste de santé pour 11000 Hts VS Norme OMS de 01 Poste de santé pour 10 000 Hts.
- 01 Centre de santé pour 175 000 Hts VS Norme OMS de 01 Centre de santé pour 50 000 Hts.
- 01 Hôpital pour 545 800 Hts VS Norme OMS de 01 hôpital pour 150 000 Hts.

En plus du secteur public, le système de santé comporte un secteur privé qui est directement concerné par les IPM et les mutuelles de santé.

L'infrastructure sanitaire privée du Sénégal comporte deux groupes.

- Les établissements privés à but non lucratif, comprenant les formations sanitaires gérées par des organisations non gouvernementales (la croix rouge ou l'église catholique et des formations sanitaires d'entreprises) Ces derniers peuvent prendre forme d'un poste de premiers soins installés dans une pièce ou d'une structure technique plus complexe avec un plateau technique très évolué (Etablissement sanitaire de la caisse de sécurité sociale.) Dans ce groupe, il faut signaler le cas particulier de l'hôpital principal (dont le caractère privé est discutable) et l'hôpital Saint Jean de Dieu.

- Les établissements privés à but lucratif, comprenant un réseau de cliniques, de cabinets médicaux, dentaires, paramédicaux, ainsi que les officiers et dépôts privés de médicaments. On y trouve également les vendeurs clandestins de médicaments et des guérisseurs traditionnels.



## **I-2-5 Système de protection social au Sénégal**

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

### **I-2-5-1 Caisse de sécurité sociale**

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

L'article 4 des statuts de la caisse de sécurité sociale stipule que : « les membres adhérents et les membres participants de la caisse de sécurité sociale sont les employeurs et les travailleurs tels que définis par le code de travail et le code de la marine marchande. »

La caisse se présente sous forme de deux branches :

**La première branche** prend en compte les prestations familiales qui comprennent :

- Les allocations dont bénéficie toute femme conjointe d'un agent non fonctionnaire; Toute femme agent de la fonction publique non mariée ; Toute femme fonctionnaire dont le mari n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée. Elles sont dues pour les neuf mois précédant la naissance et sont payées à la mère sur présentation du carnet de grossesse attestant les visites périodiques.
- Les allocations de maternité, qui sont dues aux trois catégories de femmes sus indiquées, qui donne naissance, sous contrôle médical à un enfant né viable et inscrit sur les registres de l'état civil.
- Les allocations familiales qui sont attribuées au travailleur pour chacun des enfants à charge, âgé de plus de deux ans et moins de quinze ans. La limite d'âge est reportée à dix huit ans pour l'enfant placé en apprentissage et à vingt et un ans si l'enfant poursuit des études, ou s'il est handicapé physique.
- Les indemnités journalières de congés de maternité qui sont dues à la femme salariée en grossesse, pendant ses congés de maternité.
- Les prestations en nature qui sont servies aux épouses et aux enfants des travailleurs. Elles sont imputées à un fonds spécial dénommé Fonds d'action Sanitaire, Sociale et Familiale qui institue et gère des services médicaux et des services sociaux.

**La seconde branche** prend en compte les réparations des risques professionnels tel que les accidents de travail et les maladies professionnelles : on a les accidents :

- Par le fait ou à l'occasion du travail
- Pendant le trajet relatif à l'emploi
- Pendant les déplacements à la charge de l'employeur.

Quant aux maladies professionnelles, elles sont énumérées par arrêté interministériel du ministre chargé du travail et du ministre chargé de la santé publique.

Les sources de financement de cette caisse sont : l'Etat, les collectivités publiques et les employeurs du secteur privé. Ils financent à travers des cotisations mensuelles fixées à 60 000 Frs. Les taux diffèrent d'une branche à une autre ; pour les prestations familiales, le taux de cotisation s'élève à 7% du salaire. En ce qui concerne les accidents de travail, le taux de cotisation prélevé est de 1% à 5% du salaire en fonction des risques que le secteur professionnel du travailleur peut présenter.

### **I-2-5-2 Institution de prévoyance maladie (IPM)**

Elle est régie par la loi cadre n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale et le décret 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises. Toutes les entreprises privées professionnelles ont l'obligation de créer en leur sein une assurance sociale (IPM) ou de s'affilier à une IPM qui existe. Les IPM regroupent tous les travailleurs permanents des entreprises privées ainsi que leur famille (épouse et enfants.) Leurs soins médicaux, analyses et médicaments sont pris en charge à hauteur de 50% à 80%.

Le financement de cette institution est assuré par les travailleurs et leurs employeurs à hauteur de 6% du salaire de l'employé repartis équitablement entre les deux parties 3% du salaire de chacun.

### **I-2-5-3 Institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES)**

Elle regroupe les retraités et leur famille. Ils bénéficient d'une couverture médicale, et cette couverture est assurée en contre partie du prélèvement régulier d'une cotisation maladie sur leur pension.

Cette institution est financée par les employés à hauteur de 40% et 60% pour les employeurs du montant de la cotisation salariale. Cette cotisation salariale et patronale fixée depuis 1994 à 14% dont 8,4% à la charge de l'employeur et 5,6% à la charge du travailleur dans un régime général, et de 6% dont 3,6% à la charge de l'employeur et de 2,4% à la charge du travailleur

dans un régime complémentaire Le plafond des salaires reste fixé à 200 000 Frs pour le régime général et 600 000 Frs pour le régime complémentaire. Les cotisations sur les rémunérations afférentes à chaque trimestre civil sont exigibles dans les quinze premiers jours du trimestre suivant.

Le non-paiement des cotisations dans le délai prévu, donne lieu à la majoration de retard de 10% des sommes dues par mois ou fraction de mois en retard.

Ainsi le régime d'assurance obligatoire est uniquement réservé aux travailleurs du secteur formel. Ceux du secteur informel, les chômeurs et toute autre personne sans ressources financière ne sont pas pris en compte. Cependant ils bénéficieront d'autres systèmes alternatifs orientés vers le secteur informel en vue de palier aux déficits de protection maladie.

## **I-2-6 Protection maladie non obligatoire**

La protection maladie non obligatoire ou volontaire regroupe : Les assurances maladies à but lucratif (Assurances privées ou commerciales) et les assurances sociales maladie à but lucratif (Mutuelles de santé)

### **I-2-6-1 Assurances maladie à but lucratif**

Ce sont les assurances privées ou commerciales. Elles permettent aux personnes qui le désirent de se prémunir du risque maladie moyennant une prime d'assurance. Cette prime est fixée en fonction des risques que présente l'adhérent.

Ces assurances sont généralement réservées aux personnes nanties, car la prime est très élevée, et l'offre de soins est de qualité. Elles ont pour clientèle des individus comme des entreprises.

Mais ces assurances sont très sélectives à cause du montant de la prime, ce qui fait que très peu de personnes ont accès à ce mode de protection.

Ainsi va se développer un système d'assurance maladie à but non lucratif appelé mutuelle de santé.

### **I-2-6-2 Mutuelles de santé**

La mutuelle de santé se définit comme : « un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement »<sup>3</sup>

L'émergence des mutuelles de santé est relativement récente au Sénégal car les premières expériences remontent à 1990 avec la création de la mutuelle de santé de Fandème sur l'initiative du diocèse de Thiès avec l'appui de l'hôpital Saint Jean de Dieu. Environ une dizaine d'autres mutuelles vont progressivement se mettre en place sur le même modèle.

Avec l'appui et le financement des ONG et institutions comme le PHR, le PROMUSAF, le BIT/STEP, l'ANMC, le CAMICS, le phénomène mutualiste va s'étendre sur toute l'étendue du territoire nationale. On dénombrait 102 Mutuelles de santé au 01/01/2000.

La répartition par région est la suivante : Dakar 38 ; Thiès 21 ; KAOLACK 24 ; Fatick 04 ; Tambacounda 04 ; Ziguinchor 06 ; Saint Louis 02 ; Kolda 01 ; Diourbel 01.

Ces mutuelles sont de deux types : les mutuelles au premier franc qui assurent la protection maladie des travailleurs du secteur informel, elles sont basées sur des principes de solidarité traditionnelle ou professionnelle. Les mutuelles au premier franc sont localisées en zone urbaine comme rurale. Quant aux mutuelles complémentaires, elles assurent les prestations non couvertes par le système obligatoire.

## **I-3 Objectifs de l'étude**

### **I-3-1 Objectif général**

L'objectif général de l'étude est de trouver des moyens pour renforcer la performance des IPM et des mutuelles de santé.

### **I-3-2 Objectifs spécifiques**

Pour atteindre notre objectif général, nous allons

- Décrire la situation de deux IPM et deux Mutuelles de santé
- Ressortir les performances des IPM et des mutuelles de santé.
- Dégager les atouts et les faiblesses de chaque type institution.

---

<sup>3</sup> Chris Atim : Guide méthodologique sur le terrain pour une étude au profit du PHR 1997

- Tirer les leçons de cette comparaison pour renforcer chaque type d'institution.

#### **I-4 Intérêt de l'étude**

Malgré les efforts consentis par les autorités pour faciliter l'accès aux soins de santé pour toutes les catégories de la population, certains Sénégalais rencontrent encore des difficultés pour la satisfaction de leurs besoins en matière de santé.

Les systèmes d'assurance mobilisent 75,08% du financement de la santé pour une protection de 24,02% de la population<sup>4</sup>. Ces systèmes d'assurances ont fait leurs preuves dans l'accès aux soins des populations. Elles ont permis de

- Garantir les meilleurs accès aux soins de qualité
- Réduire les inégalités devant les risques sociaux- sanitaires
- Développer un nouveau type de partenariat entre les structures de soutien (Assurances maladie) et les structures de santé.

Cependant certaines structures connaissent des difficultés de fonctionnement, ce qui fragilise l'extension de la couverture maladie.

Sur les 124 IPM agréées, on a 26 IPM en difficultés et sur les 102 mutuelles de santé on a 46 Mutuelles en difficultés. Par ailleurs, on assiste à la mise en place des structures d'assurance maladie, ce qui montre l'intérêt de ses structures dans la couverture du risque maladie surtout pour les populations les plus défavorisées.

L'intérêt de cette étude est donc de faire une évaluation de la situation actuelle des IPM et des mutuelles de santé en vue d'identifier d'abords les facteurs susceptibles d'entraver leur bonne marche tout en corrigeant les imperfections. Ensuite de permettre à l'Etat de définir un cadre légal et juridique commun des assurances, pour créer les conditions d'extensions de la couverture maladie. Enfin de rassurer les ONG et les institutions pour leurs appuis au financement de ces structures.

---

<sup>4</sup> Mariama Diop DIALLO : Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone



## II- ETAT DES CONNAISSANCES

La protection sociale comme tout phénomène social est le résultat d'une lente évolution. Toute fois son apparition dans le droit positif et son rayonnement universel ont été brusquement accélérés par les effets de la crise économique de 1929 et de la seconde guerre mondiale.

S'inspirant des conclusions du rapport de Lord BEVERIDGE<sup>5</sup>, l'assemblée générale des Nations Unies proclamera le 10 décembre 1946 dans « la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Le droit de tout individu à la sécurité sociale.

Elle consacrait par la même occasion l'indéniable utilité d'un système de protection sociale initié depuis bien longtemps sur tous les continents. Mais l'on reconnaît au chancelier allemand BISMARCK la paternité des premiers véritables régimes de sécurité sociale.

C'est en 1871 que dans le but de créer un lien entre les salariés et l'Etat d'une part, et tirant les leçons de quelques expériences locales d'assurances sociales, BISMARCK va lancer en 1881 sa politique sociale destinée à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé. Cette politique aboutira en 1883, à la loi portant création de l'assurance maladie fondée sur la solidarité et intimement liée au travail.

L'assurance maladie étant définie comme la technique ou le mécanisme qui consiste à répartir entre les membres d'un groupe, le préjudice subi par l'un d'entre eux, suite à la survenue du risque (BIT et COL, 1996.)

Elle est caractérisée par le partage des risques, c'est à dire que les biens portants payent pour les malades. Les risques sont moindres lorsqu'un grand nombre d'assurés à un risque de survenu de la maladie faible.

### II-1 Institutions de prévoyance maladie (IPM)

Se conformant à la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1946, et par ailleurs avec la ratification de la convention 102 de L'OIT de 1952 qui détermine « La norme

---

<sup>5</sup> Lord BEVERIDGE déclarait en 1942, le droit de tout individu à la protection maladie dans son rapport qui est à la base de l'assurance maladie universelle britannique de 1942.

minimale de sécurité sociale. » le Sénégal va opter pour la création d'une assurance maladie obligatoire copiée sur la doctrine Bismarckienne.

Cette assurance est à base socio professionnelle (patronale et salariale.) Elle repose sur les trois principes du modèle Bismarckien. Ce qui vérifie la thèse selon laquelle « le modèle bismarckien est le socle de nombreux systèmes d'assurance reposant sur les trois principes fondamentaux. » Ces trois principes sont :

- Le caractère obligatoire de la participation à son financement
- Le niveau de contribution qui n'est pas fonction du risque couvert mais proportionnel au salaire du cotisant, en outre les prestations sont les mêmes pour tous.
- Une charge financière partagée entre les travailleurs et leurs employeurs, avec possibilité de la subvention de l'Etat. (FAOU 1997)

### **II-1-1 Définition**

Les IPM sont des organismes à but non lucratif de protection maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur des entreprises privées.

Elles sont fondées sur des principes de solidarité et d'auto gestion démocratique.

Elles sont investies de la mission de prise en charge partielle des frais médicaux occasionnés par les employés et leurs familles, sur la base de cotisation versée par les travailleurs et les employeurs.

### **II-1-2 Création**

C'est par la loi n° 75-50 du 03 avril 1975 relative à la définition du cadre général des institutions de prévoyance sociale et le décret d'application n° 75- 895 du 14 août 1975 portant création et organisation des institutions de prévoyance maladie (IPM), que l'Etat sénégalais institue ces organismes d'assurance maladie placés sous la tutelle du ministère du travail et de l'emploi.<sup>6</sup>

### **II-1-3 Acteurs**

Les IPM regroupent trois types d'acteurs. Nous avons les travailleurs appelés les participants. Les épouses des travailleurs et leurs enfants appelés ayants droit. Les

---

<sup>6</sup> 1996 Système protection sociale au Sénégal. W. N'DIAYE

participants plus les ayants droit forment les bénéficiaires. L'entreprise qui a embauché le travailleur constitue l'adhérent.

En somme, c'est l'entreprise qui adhère à une IPM. Elle participe au financement de cette IPM à travers une cotisation patronale. Le travailleur, quant à lui bénéficie avec les membres de sa famille des prestations, mais participe au financement de l'IPM à travers une cotisation salariale proportionnelle à celle de l'employeur.

#### **II-1-4 Financement**

Le financement des IPM est assuré à la fois par les employeurs et les employés à hauteur de 6% du salaire de l'employé repartit équitablement entre les deux parties. On assiste à une part salariale et patronale de 3% chacune.

Cela représente le taux maximum de cotisation du salaire plafonné à 60 000 Frs, soit 3600 Frs à repartir équitablement entre le salarié et son employeur.

Les IPM représentent une source importante de financement de la santé (50% à 60% des honoraires des médecins, 50% des chiffres d'affaires des pharmaciens, 20% à 35% des chiffres d'affaires des cliniques. (A. WADE 2004)

Les IPM couvrent 889220 bénéficiaires soit 8,90% de la population totale du Sénégal.<sup>7</sup>

Les IPM engagent 17 milliards de frais médicaux y compris le taux de prise en charge. Quant aux cotisations elles s'élèvent à 8 milliards (C.I. FALL 2004)

Ces chiffres confirment la thèse de Letourmy (1996) qui souligne que : « Le système des IPM est original car représente une formule décentralisée d'assurance maladies, et présente un enjeu très important lié à leur importante participation au financement du secteur de la santé. »

#### **II-1-5 Aperçu général des IPM**

On dénombre actuellement, environ 124 IPM agréées, et trois IPM en gestation.

On en compte sur les 124 IPM agréée, 98 IPM fonctionnelles.

Les IPM fonctionnelles regroupent 70 000 travailleurs avec 500 000 ayants droit, soit un total de 570 000 bénéficiaires.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Document colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone : cas du Sénégal (Paris 26-30 avril 2004), A. WADE

<sup>8</sup> Association des gérants d'IPM, Président, Cheick Ibra FALL, 2004.

## **II-1-6 Fonctionnement des IPM**

Les IPM sont dotées de la personnalité juridique et d'organes de gestion propres que sont l'assemblée générale des membres participants et le bureau composés de représentants de l'employeur et des travailleurs.

Les IPM ont un rôle de gestion, d'administration et de contrôle (Organisation est détaillée dans la description des IPM.)

Ces organisations sont chargées de

- Fixer les taux d'appel des cotisations dans la limite des plafonds réglementaires.
- Déterminer les taux de prise en charge des prestations
- Approuver les budgets prévisionnels
- Faire tenir la comptabilité courante
- Arrêter les comptes
- Délivrer un quitus de gestion
- Modifier les statuts et le règlement intérieur
- Assurer la fonction de représentation de l'institution

Le fonctionnement des IPM repose sur le binôme crédit fournisseur/ crédit à la consommation. Ce qui est justifié par le fait que l'essentiel des prestations de soins est assuré par des médecins et des pharmaciens dont les factures sont réglées avec une échéance de deux mois. Les IPM appliquent aussi un système de tiers payant intégral qui permet au membre participant débiteur de prestation de ne pas s'acquitter de ticket modérateur mais aussi de bénéficier d'un paiement étalé de la fraction des dépenses restant à sa charge.

Compte tenu de leur poids réel dans le financement de la santé, les IPM bénéficient auprès des professionnels de santé d'une tarification de soins spéciale plus favorable que celle appliquée aux autres patients non bénéficiaires de ses prestations.

## **II-1-7 Acquis du système des IPM**

Les acquis du système sont multiples, on peut citer entre autre

- L'Allègement du budget de l'Etat dans le financement de la santé des populations.
- L'Accessibilité financière et géographique aux soins.
- Promotion de la solidarité des travailleurs

- Rôle stabilisateur du climat social dans les entreprises et constitue un instrument important de promotion du dialogue social.<sup>9</sup>

## II-1-8 Facteurs majeurs de d'équilibre des IPM

On peut citer :

- Le taux important de passagers clandestins parce que la prise en charge ne concerne que l'épouse et les enfants du travailleur. La prise en charge ne concerne pas les parents ascendants du travailleur (père, mère, sœurs ...)
- Appel aux travailleurs journaliers, (Source : Association des gérants d'IPM)
- La tutelle de l'Etat n'est pas effective
- La formation des acteurs du système des IPM se pose avec acuité
- Grande disparité dans la pratique de gestion des IPM, à cause du manque d'uniformisation des procédures administratives, comptable et financières. Le couple cotisation prestation est loin d'être uniforme d'une IPM à une autre.<sup>10</sup>

## II-2 Mutuelles de santé

La politique socio économique du Sénégal est marquée depuis la fin des années 70 par un désengagement progressif de l'Etat de certains secteurs sociaux et la mise en œuvre de programmes d'ajustement structurel. Aussi, la plupart des pays en voie de développement ont préconisé la prise en charge financière de la santé des populations.

Cette situation, conduit à une dégradation progressive de la couverture sanitaire qui découle de l'incapacité de la population vulnérable en particulier, d'assurer la continuité des services reçus. Egalement, leur accès aux soins de santé est devenu difficile voir impossible pour une grande majorité de la population frappée aujourd'hui par une pauvreté plus que jamais aiguë.

En vue de mieux répondre aux exigences d'une politique centré sur la santé pour tous et aux impératifs de la société moderne qui demande un traitement de plus en plus efficace, il a été nécessaire d'engager une réforme de ce secteur.

Dans un tel contexte on a assisté, vers la fin des années 80 à l'émergence d'initiatives populaires. Celles-ci visaient à faire face aux difficultés auxquelles les ménages sont confrontés dans la résolution de leurs problèmes de santé. Cette nouvelle forme de solidarité

<sup>9</sup> Diapositives, sur l'assurance maladie au Sénégal, Aboubakar WADE, Paris 26-30 Avril 2004

<sup>10</sup> Diapositives, sur l'assurance maladie au Sénégal, Aboubakar WADE, Paris 26-30 Avril 2004

se conçoit non plus dans le rapport de l'Etat aux collectivités, mais elle se donne une base fortement autogestionnaire. Elle a trouvé, à cet effet sa réalisation dans les mutuelles de santé. Lesquelles mutuelles ont toujours cherché à assurer une couverture sanitaire plus efficace aux populations suivant des principes propres à chaque communauté.

Cette participation communautaire est prise ici dans le sens où chacun se sent concerné et contraint (par la situation socio économique) de participer à des actions collectives pour s'offrir une couverture sanitaire efficace.

Ainsi, le système de prise en charge mutualisé des dépenses de santé entre dans cette logique et chaque personne qui décide d'adhérer à une mutuelle devient acteur et cherche, à travers son action, à produire un changement social qui va dans le sens de l'amélioration de la santé de tous.

La participation communautaire vise ainsi à travers le vocable mouvement associatif une auto prise en charge des besoins des populations en matière de santé<sup>11</sup>.

Retenons tout de même que les mouvements associatifs ont toujours existé en Afrique mais ils étaient orientés vers la résolution des problèmes d'ordre économique et culturel.

Au Sénégal, la mutualité en tant qu'approche se veut une solution alternative visant l'amélioration de la couverture sanitaire et sociale par l'organisation de collectes des sommes d'argent. Dès lors la participation communautaire réside dans le fait que chaque individu verse une cotisation qui est fixé par le règlement ; avec le fruit des cotisations, les adhérents ou le groupe social s'offre une assurance ou une couverture sanitaire.

Dans le domaine de la santé, la participation communautaire se traduit surtout par la création des mutuelles de santé. Ces derniers se trouvent être l'une des stratégies, que la communauté a mise sur pieds pour mieux faire face aux contraintes majeures rencontrées dans la couverture effective de la santé publique.

## **II-2-1 Contexte d'émergence de la mutualité au Sénégal**

Les premières expériences officiellement connues remontent à 1990 avec la création de la mutuelle de santé de Fandène. Mais après, plusieurs facteurs combinés ont poussé les communautés à s'organiser et à développer des mécanismes de solidarité et d'entraide devant les coûts induits par la maladie.

---

<sup>11</sup> OAKLEY.P et MARSDEN D 1986, P 76 vers la participation dans le développement rural, BIT Genève

Les premières mutuelles mises en place avaient comme objectif initial et principal, la couverture des risques liés à la santé, selon les principes de prévoyance et d'assurance.

Ce mouvement mutualiste, essentiellement parti de l'initiative du diocèse de Thiès, a eu l'appui de l'hôpital saint Jean de Dieu.

Pendant longtemps cette organisation a fait figure d'exemple et d'autres mutuelles, environ une dizaine se sont progressivement mises en place sur le même modèle.

Aujourd'hui la coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès, celle de Diourbel, de Kaolack, de Dakar sont mises sur pieds et ouvertes à toutes les mutuelles.

Aussi, depuis 2000, le mouvement mutualiste au Sénégal bénéficie d'appuis importants au niveau national et international. Les mutuelles de santé sont multiples et différentes les unes des autres.

## **II-2-2 Typologie des mutuelles de santé**

### **II-2-2-1 Définition d'une mutuelle de santé**

« Une mutuelle de santé pourrait être définie comme un système d'assurance volontaire à but non lucratif, élaboré sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement, dans sa forme d'assurance maladie. »<sup>12</sup>

L'implication de cette définition est qu'une mutuelle applique des cotisations ou primes dont les taux sont fixés sur la base communautaire et non individuelle.

Cinq critères doivent être retenus :

- 1- Association volontaire
- 2- A but non lucratif
- 3- Qui met en œuvre la solidarité.
- 4- Qui est gérée par ses membres
- 5- Et qui pratique une activité de prévoyance et d'assurance maladie.

### **II-2-2-2 Organisation et fonctionnement des mutuelles**

---

<sup>12</sup>Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à usage des promoteurs, administrateurs et gérants. ANMC-WSM/BIT-ACOPAM, Dakar 1997

La mutuelle est organisée et fonctionne selon les principes d'économie sociale :

La mutuelle de santé est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont entre autres, le droit de participer directement ou indirectement aux différentes instances de décisions.

Cette vie démocratique de la mutualité ne peut se réaliser que si les adhérents exercent leur droit et prennent leurs responsabilités dans les différentes instances en pleine connaissance de cause.

#### II-2-2-2-1 Organisation interne de la mutuelle

Les organes classiques d'une mutuelle de santé sont :

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

Néanmoins toute mutuelle doit veiller à adapter ce schéma classique en fonction de ses particularités ;

Lorsqu'elle est de petite taille, elle peut par exemple, regrouper-le CA et le CE en un seul organe. Mais lorsque la mutuelle est de grande taille, des mécanismes de représentation des différents groupes bénévoles (géographiques, professionnels, ...) sont à mettre en place pour faciliter la participation des adhérents.

- **L'assemblée générale** est l'organe de décision le plus important de la mutuelle. Elle détermine sa politique générale. Ses décisions engagent tous les adhérents et tous les organes. Elle est convoquée au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budgets.

- **Le conseil d'administration** est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il suit en permanence la gestion de la mutuelle et fait face aux problèmes qu'elle rencontre.

Les membres de ce conseil sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres.

- **Le comité exécutif** est mis en place par le CA, il est responsable de l'exécution des décisions de l'AG et du conseil d'exécution.

- **Le comité de surveillance**, élu et mandaté par l'AG, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci, de proposer des améliorations et de garantir un fonctionnement efficient des organes de la mutuelle autre que l'AG.



## **II-2-2-2 Adhésion à une mutuelle de santé**

La mutuelle de santé dans le cadre de l'assurance confère à l'adhérent un droit principal qui est la couverture des risques maladies. Mais l'adhérent pour bénéficier de ce droit doit s'acquitter de ses obligations envers la mutuelle. Lesquelles obligations peuvent se résumer en ces points :

- L'adhérent doit respecter les principes de base de la mutuelle ainsi que toutes les règles de fonctionnement de la mutuelle définie dans les statuts et règlements intérieurs ;
- L'adhérent doit payer le droit d'adhésion ou la carte de membre ;
- Il doit verser régulièrement sa cotisation selon la périodicité définie par la mutuelle avant comme après le début de l'utilisation de la couverture maladie.

Toute personne peut adhérer à une mutuelle pourvue qu'elle ait l'âge minimum requis déterminé par la structure, sauf dans les mutuelles de micro entrepreneurs où les mutuelles doivent répondre aux critères fixés par les associations professionnelles.

- Tout adhérent peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle de santé à sa famille ( sa femme, ses enfants, les enfants recueillis officiellement, ses travailleurs et apprentis... ) toutes ces personnes sont appelées << Personnes à charge.>>

Les parents ascendants ne sont pas pris en compte, parce que considérés comme une famille séparée, devant payer leur cotisation à part.

Dans le fonctionnement de la mutuelle, les modalités de prise en charge doivent être discutées en tenant compte des contextes locaux. Il est donc important d'analyser l'incidence de chaque option sur la viabilité de la mutuelle.

La prise en charge des personnes âgées est une question délicate. Etant donnée la vertu du principe de solidarité entre les membres, la cotisation ne devrait jamais être fonction de l'âge de l'adhérent ni de son état de santé. Mais parfois on demande à certaines personnes ayant atteint un certain âge et s'affiliant pour la première fois, une cotisation supérieure aux autres. Cette dérogation est due au fait que ces personnes ne se sont pas affiliées lorsque leur état de santé était meilleur.

L'adhésion à une mutuelle se déroule suivant plusieurs étapes :

- Demande d'adhésion généralement faite par écrit en remplissant un formulaire contenant les informations de base sur le titulaire et les personnes à charge.
- Paiement du droit d'adhésion et de la cotisation correspondant à la période où il adhère à la mutuelle.
- Inscription dans le registre des adhérents qui permet d'indiquer la période à partir de laquelle il a droit aux prestations.
- Information de l'adhérent sur les statuts et le règlement intérieur qui va permettre à l'adhérent de connaître ses droits et obligations
- La période d'observation fixée par la mutuelle au nouvel adhérent avant de pouvoir bénéficier des prestations. Cela permet d'éviter que les gens ne s'affilient que lorsqu'ils sont malades, et aussi permettre à la mutuelle de constituer des réserves financières pour sécuriser les prises en charge des dépenses de soins des bénéficiaires.

#### **II-2-2-2-3 Risques liés à l'assurance santé**

Les risques liés au fonctionnement des mutuelles sont multiples, mais nous allons citer les plus récurrents :

Le risque de la sélection adverse, le risque moral, le risque de sur prescription, les fraudes et les abus (la définition de ces termes voir le glossaire)

#### **II-2-2-2-4 Gestion d'une mutuelle de santé**

La gestion des mutuelles de santé s'effectue à plusieurs niveaux :

- La gestion des ressources humaines
- La gestion des ressources matérielles
- La gestion des ressources financières

**La gestion des ressources humaines** : elle est fonction de la taille de la mutuelles. Pour une mutuelle de petite taille, le fonctionnement repose sur le bénévolat. Des volontaires sont sollicités au sein même de la mutuelle. Ces personnes assurent les taches administratives et comptable simple. Pour une mutuelle de grande taille le fonctionnement est le plus souvent confié à un personnel salarié ou au conseil exécutif. Le recrutement du personnel est fait de façon rigoureuse. Ce personnel est évalué dans sa gestion.

**La gestion des ressources matérielles :** la mutuelle de santé est une entreprise de service qui gère essentiellement les flux financiers et les flux d'information. Les moyens matériels sont fonctions des activités et des moyens financiers de la mutuelle.

La mutuelle doit disposer d'un local pour la permanence, du matériel roulant (motos, bicyclette, voiture.....), du mobilier de bureau (tables, chaises, coffre fort,.....), du matériel informatique si possible, des fournitures de bureau.

**La gestion des ressources financières :** elle comporte trois parties, on a la gestion des adhésions et des prestations, la gestion comptable, la gestion financière, et le suivi.

- La gestion des adhésions et des prestations : ce volet est lié à l'enregistrement et au suivi des adhésions, à la collecte des cotisations et leur enregistrement, au suivi et au versement des prestations.

Une gestion efficace des adhésions et des prestations nécessite la présence d'un certain nombre d'outils tel que la carte d'adhérent, le registre des adhésions et des bénéficiaires, la lettre de garantie, l'attestation de soins, la facture du prestataire de soins, la fiche de suivi par prestataire de service.

- La gestion comptable : elle consiste à enregistrer les différentes opérations de la mutuelle sous forme d'entrée et de sortie de ressources. Elle suit les différentes phases de réalisation des activités de la mutuelle de santé.

La gestion comptable repose sur des méthodes de comptabilité générale. Mais le dispositif comptable est adapté en fonction de la particularité de chaque mutuelle de santé.

Les outils de gestion comptable sont. Le livre de caisse, le livre de banque, le journal, le grand livre, les pièces justificatives, le compte de résultat, le bilan.

- La gestion financière : elle a pour but d'assurer la viabilité financière de la mutuelle sur le court terme. Elle permet la prévision et la maîtrise des dépenses et des recettes de la mutuelle. Ces outils sont : le compte de résultat et le bilan, le budget, le plan de trésorerie, les ratios financiers.
- Le suivi : le système de suivi permet de suivre les adhésions, les prestations de services, l'évolution des prestations remboursées, le coût moyen des prestations, les ratios financiers.

Le suivi permet de déceler rapidement les problèmes ou évolution importantes afin que le conseil d'administration puisse prendre des décisions.

### **II-2-2-5 Perspectives de durabilité et de viabilité**

Pour qu'une mutuelle soit viable et pérenne, il faut :

- Une bonne gestion (Réduction de ses frais de fonctionnement, assurer la collecte des cotisations, suivi des dépenses en matières de santé.)
- Adaptation des soins à la capacité de contribution des adhérents.
- Un personnel compétent et honnête
- Les décideurs doivent suivre le fonctionnement de la structure.

### **II-2-2-3 Financement**

Les ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésions et des cotisations des membres. En général, les membres de la famille peuvent cotiser (conjoint, enfants, descendants directs.)

Les mutuelles de santé fonctionnent exclusivement à partir des fonds provenant de la cotisation de leur membre. La cotisation régulière de chaque membre est si importante qu'elle détermine dans une large mesure le statut de membre.

L'adhérent est considéré comme membre à part entière avec tous les droits si et seulement si il s'acquitte régulièrement de ses cotisations. C'est pourquoi ceux qui n'ont pas les moyens de s'acquitter des cotisations fixées ne peuvent pas adhérer aux mutuelles de santé. Cet état de fait constitue un des facteurs limitant l'efficacité des mutuelles de santé à garantir l'accès aux soins hospitaliers de qualité aux plus démunis.

Le précompte est très rare puisqu'il existe peu de mutuelles professionnelles, et le recouvrement des cotisations est un problème commun à toutes les mutuelles.

### **II-2-2-4 Systèmes de protection facultatifs**

A part les assurances privées commerciales qui développent depuis plusieurs années des produits d'assurance maladie sous forme d'assurance individuelle ou de groupe. On y retrouve depuis quelques années, les mutuelles de santé qui sont de deux types :

#### **II-2-2-4-1 Mutuelles de santé dites complémentaires**

Elles se sont créées pour assurer la couverture des prestations non prises en charge par le régime obligatoire :

- Mutuelle FAGGU des retraités de L'IPRES
- Mutuelle de la gendarmerie nationale
- Mutuelle des forces armées Sénégalaise
- Mutuelle de la douane sénégalaise
- Mutuelle des employés de SOCOCIM industrie
- Mutuelle des enseignants du supérieur

#### **II-2-2-4-2 Mutuelles de santé dites « au premier franc »**

Elles sont généralement organisées sur une base territoriale (Mutuelle issue de la communauté villageoise : Fandène, Lalane-diassap.....) ou de regroupement de travailleurs du secteur informel (Mutuelle des teinturiers, mutuelles des transporteurs.....). Ces mutuelles couvrent presque entièrement les frais d'hospitalisation.

#### **II-2-2-5 Analyse diachronique des mutuelles de santé**

Trois phases peuvent être prises en compte dans l'évolution des mutuelles de santé au Sénégal.

**La première phase** part de la période 1990 à 1993. Pendant cette période, 10% seulement des mutuelles (les mutuelles fonctionnelles, en gestation, et en difficulté) de santé sont nées.

Durant cette phase, l'expérience s'est diffusée toute seule et principalement dans la région de Thiès, ou certaines communautés convaincues de l'expérience de Fandène ont essayé et réussi à mettre sur pieds leur propre mutuelle de santé.

**La seconde phase** couvre la période 1994 – 1998. On assiste pendant cette période à l'extension de l'aire de développement des mutuelles vers les autres régions du pays où commence à naître des mutuelles. Il existe également d'anciens systèmes de type communautaire, fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité qui commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par des actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste ; aussi le ministère de la santé à travers son programme d'appuis aux mutuelles de santé (PAMS) a lancé plusieurs initiatives.

**La troisième ou phase actuelle** a commencé depuis 1998. On note au cours de cette phase un fort engouement des populations, de l'Etat (qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé le CAMICS), d'autres organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes.

Les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA- GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances à travers la publication des brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation de journées de sensibilisation...

Cependant, malgré le nombre important de mutuelles de santé identifiées, on se rend compte que la plupart d'entre elles ne sont pas fonctionnelles. . (Source CAMICS)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

### III- MODELE THEORIQUE, HYPOTHESES DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE

#### III-1 Modèle théorique de l'étude

Suite aux recherches documentaires, nous proposons pour notre étude le cadre conceptuel inspiré de MASSIOT dans son rapport aux études de cas réalisées au Sénégal en avril 1998.

Notre modèle théorique, en conformité avec notre revue de la littérature se présente comme suit : L'évaluation de la situation actuelle des IPM et des mutuelles se fait en fonction de la mobilisation des ressources, de l'impact d'efficacité, de l'équité, de l'accès à des soins de qualité, la durabilité et viabilité de celle-ci à se gérer de façon continue l'institution ou la structure, et enfin la gouvernance locale.

**La mobilisation des ressources financières** détermine le potentiel des institutions soumis à notre étude, leur capacité à prélever des cotisations, le niveau de cotisation, la stratégie de recouvrement des cotisations, la contribution au financement des structures de soins. Les paramètres qui vont nous permettre de mesurer la mobilisation des ressources sont :

- Taux de cotisation fixés
- Période d'observation
- Prise en charge
- Fonds de garantie
- Recouvrement des ressources

**L'impact d'efficacité** : C'est l'évaluation de l'efficacité des activités de l'institution. L'efficacité se mesure en interne (comment l'institution optimise-t-elle ses activités ?) et en externe (quel est l'impact de l'institution sur les prestations de soins ?)

. Les indicateurs de mesure de l'efficacité sont :

- Taux d'utilisation des services de santé
- Durée du séjour du patient couvert
- Prestations prises en compte
- Taux d'exclusion des bénéficiaires

**L'équité** se définit au niveau du financement et des prestations. Nous devons chercher à savoir si : La contribution de l'institution dépend des revenus de chacun (équité au niveau du financement) et pour des personnes qui ont les mêmes besoins bénéficient des mêmes prestations. Cela doit s'effectuer entre :

- Les bénéficiaires d'une même structure
- Les bénéficiaires d'une structure et les autres couches de la population

**L'accès aux soins de qualité** qui se mesure à deux niveaux :

- Accessibilité financière des soins :
- Amélioration des prestations par les structures sanitaires.

L'évaluation de la **durabilité et de la viabilité** de l'institution est déterminée par

- La bonne gestion : c'est de pouvoir réduire les frais de fonctionnement, d'assurer la collecte des cotisations, et de suivre normalement les dépenses en matières de santé (elle est mesurée par les taux et les montants)
- Adaptation des soins à la capacité de contribution des adhérents pour les mutuelles, et des adhérents et des participants pour les IPM (mesuré par les prestations prises en charge et le ticket modérateur.)
- Personnel compétent afin de mener à bien toutes les tâches qui leurs seront confiées.
- Suivi du fonctionnement par les décideurs de la structure. Ce qui va permettre de déceler certains problèmes et de prendre des décisions pour palier à ces difficultés.

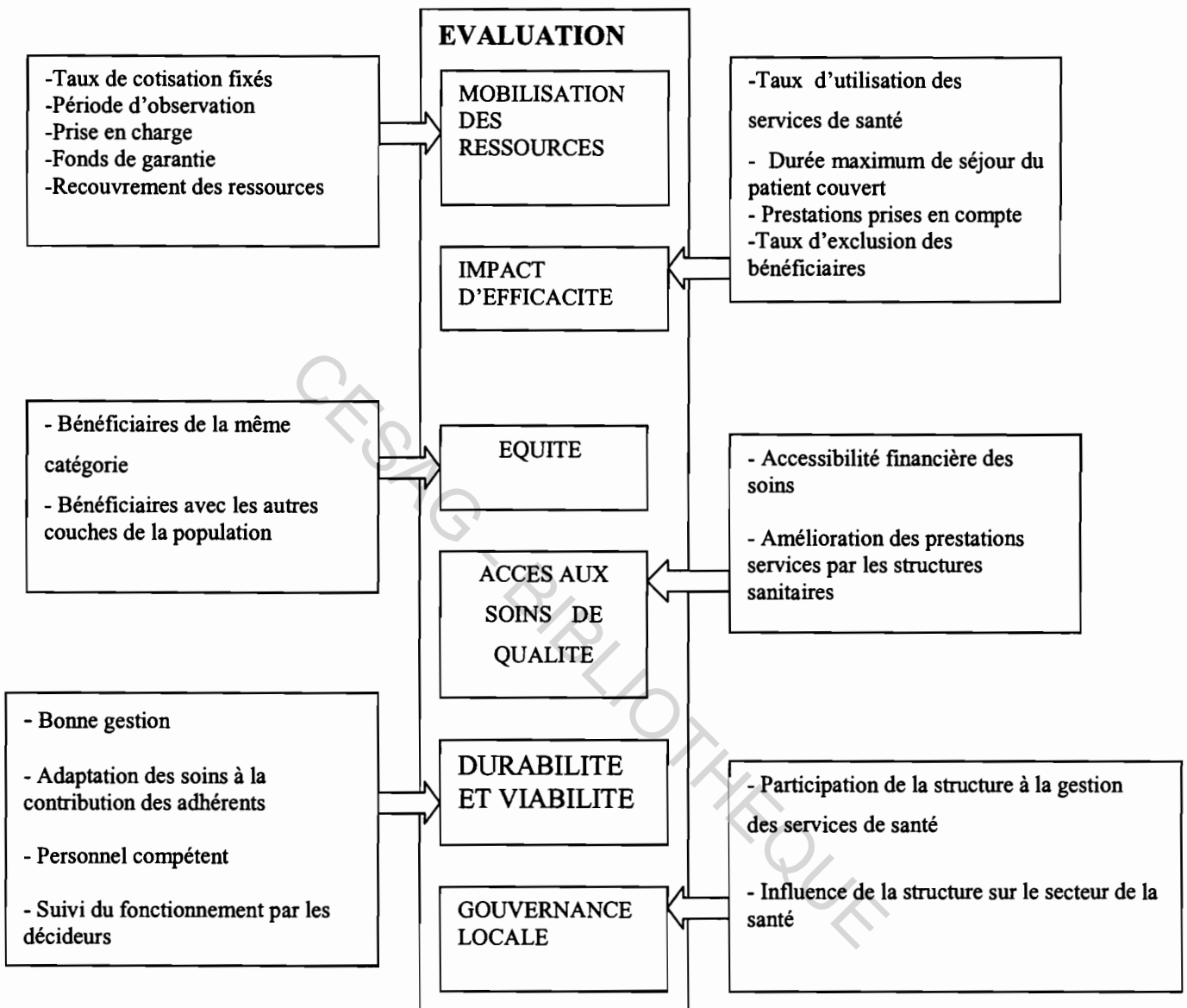
**La contribution à la gouvernance locale** se mesure par les rapports entre les autorités sanitaires et les instances de décision.

Elle se mesure par

- La participation à la gestion des services de santé
- L'influence de la structure sur le secteur de la santé



## MODELE THEORIQUE DE L'ETUDE



### **III-2 Hypothèses de recherche**

Au regard de la couverture maladie au Sénégal, et aussi la place de choix qu'occupe les IPM et les mutuelles de santé en terme de couverture maladie de la population, nous énonçons les hypothèses de recherche suivantes :

- Les IPM visent les hospitalisations, les mutuelles visent les soins de santé primaires.
- Les mutuelles de santé ont une capacité d'extension beaucoup plus grande que les IPM.

### **III-3 Méthodologie de l'étude**

#### **III-3-1 Stratégies de la recherche**

Pour atteindre les objectifs définis plus hauts, nous avons opté pour une étude synthétique ou étude par cas parcequ'elle nous permet de faire des observations par structure.

Nous allons prélever un échantillon de deux IPM et deux Mutuelles de santé.

Ces structures seront sélectionnées en fonction des critères suivants : le respect de la définition, de la typologie, et les IPM et Mutuelles doivent pouvoir apporter des informations exploitables dans le cadre des objectifs de l'étude.

#### **III-3-2 Méthode de collecte des données**

Elle s'effectuera en deux phases :

- Entretiens structurés avec les responsables de ces deux types de structures.

Ces entretiens se feront sur la base des éléments identifiés dans les objectifs.

- Revue documentaire notamment

Sur les rapports annuels d'activités de chaque structure afin de maîtriser : l'organisation la situation financière, les cotisations, les prestations, le suivi des bénéficiaires, les moyens matériels.

#### **III-3-3 Analyse des données**

L'analyse des données se fera en deux phases :

- Description de la situation actuelle des IPM et Mutuelles, afin de ressortir les différents aspects à évaluer.
- Evaluation des IPM et des mutuelles selon les composantes des critères préétablis.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# DESCRIPTION EVALUATION ET RECOMMANDATIONS

## IV- DESCRIPTION DES STRUCTURES A L'ETUDE

#### **IV-1 Description des IPM à l'étude**

Les IPM soumises à notre étude sont : l'IPM SDE qui est une IPM entreprise, et l'IPM Sentenac, une IPM inter entreprise.

Le choix de ces institutions s'est fait sur la base des critères évoqués dans la méthodologie de l'étude. Ces critères sont, le respect de la définition, de la typologie, et que l'IPM doit pouvoir apporter des informations exploitables dans le cadre des objectifs de l'étude.

En plus de ces critères, nous avons tenu à sélectionner deux institutions de forme et de nature différente.

La description des IPM se fera selon le contexte de création, l'organisation, les bénéficiaires, les cotisations, la prise en charge, les prestations, le suivi des bénéficiaires, les comptes et le fonctionnement et les biens matériels.

##### **IV-1-1 Description de l'IPM Sentenac**

L'IPM Sentenac est une IPM interentreprises, c'est-à-dire le regroupement de plusieurs entreprises au sein d'une même institution de prévoyance maladie.

###### **IV-1-1-1 Contexte de création**

C'est dans l'application du décret n°75-895 du 14 août 1975 portant création et organisation des institutions de prévoyance maladie que l'IPM Sentenac fut mis en place.

Créée en 1976, l'IPM Sentenac rentre en activités un an après, c'est-à-dire

Le 01 janvier 1977. L'institution regroupait tous les travailleurs des Moulins Sentenac. On a assisté progressivement à l'entrée d'autres entreprises. On dénombre aujourd'hui 24 entreprises au sein de l'IPM Sentenac, ce qui constitue 24 adhérents.

L'IPM assure à tous les travailleurs des entreprises adhérentes et aux membres de leur famille une prise en charge partielle des frais médicaux.

###### **IV-1-1-2 Organisation de l'IPM**

Les bénéficiaires de l'IPM sont repartis sur toute l'étendue de la région de Dakar.

Son organisation est déconcentrée, et elle comporte trois organes qui sont :

- **Le collège des représentants** : il est composé de deux représentants par entreprise. Un représentant des participants et un représentant de l'adhérent. Ce qui donne pour l'IPM Sentenac un nombre de 50 personnes. Ces personnes sont désignées par l'assemblée générale. C'est ce collège des représentants qui met le conseil d'administration en place.
  - **Le conseil d'administration** : il est composé au minimum de 8 personnes et de 28 personnes au maximum. Le conseil d'administration de l'IPM Sentenac est composé de 28 personnes, avec à la tête un président choisi par les différents membres. Il y a un système de rotation pour que les deux représentants de chaque entreprise puissent en faire parti. Le conseil d'administration est élu pour deux ans. Il est l'organe de décision, et s'est lui qui met en place le bureau.
  - **Le bureau exécutif** : il est composé de cinq membres qui sont : le président du conseil d'administration, un vice président, un secrétaire, un trésorier, un gérant ( qui peut être choisi au sein ou en dehors du conseil d'administration. Le bureau a pour rôle d'appliquer les décisions du conseil d'administration.
- L'IPM Sentenac, dans un soucis de gestion démocratique convie les membres du collège des représentants qui ne font pas partir du conseil d'administration à la prise de décision.

#### IV-1-1-3 Bénéficiaires

Est considéré comme bénéficiaire, tout travailleur d'une des 24 entreprises, et tout membre de la famille d'un travailleur (épouse et enfants). Le travailleur et sa famille sont garantis des prestations délivrées par des prestataires agréés par l'IPM tout le temps que le travailleur sera dans l'entreprise.

L'IPM comptait au 01/01/2005, 2041 participants et 6101 ayants droit, soit un total de 8142 bénéficiaires.

L'évolution des participants dépend de l'adhésion des entreprises et aussi de l'embauche des travailleurs.

#### IV-1-1-4 Cotisations

Le taux de cotisation fut fixé par le décret 1975 à un taux de 6% repartit entre l'employeur et l'employé, pour un salaire plafonné à 60 000f. Mais, chaque IPM en fonction de ses réalités fixe un taux propre à son institution.

L'IPM Sentenac a fixé un taux de 10% plafonné à 100 000f. Ce qui revient à un

- Taux salarial de 5% pour un forfait de 100 000f.
- Taux patronal de 5% pour un forfait de 100 000f.

Ainsi, pour tout travailleur ayant un salaire en dessous de 100 000f il lui est appliqué le taux de 5%. Par exemple un travailleur qui a un salaire de 80 000f par mois, il paye 4000f et son employeur paye également 4000f à l'IPM.

Pour un travailleur qui a 100 000f et plus, il paye seulement 5000f, et son employeur paye aussi 5000f.

Le taux de cotisation concerne tous les travailleurs de l'entreprise, du cadre à l'ouvrier.

#### **IV-1-1-5 Prise en charge**

Au niveau de l'IPM Sentenac, le mécanisme de prise en charge est le tiers payant intégral, c'est-à-dire que tout bénéficiaire de l'IPM reçoit les soins sans avoir à déboursier un franc.

La quote part du bénéficiaire est déduit de son salaire en fonction du rapport du gérant à la direction financière de l'entreprise.

Le taux de prise en charge varie, et il est fonction des prestations fournies.

#### **Tableau n°1 : Taux de prise en charge des prestations au niveau de IPM Sentenac en**

2004

<b>Prestations</b>	<b>Taux ou forfait</b>
<b>Visites/ Consultation médicale, Spécialiste, Généraliste</b>	<b>50%</b>
<b>Médicaments</b>	<b>50%</b>
<b>Optique médicale</b>	<b>10 000 f</b>
<b>Hospitalisation</b>	<b>5000f / jour</b>
<b>Autres actes</b>	<b>50%</b>

Source :

Document IPM

Sentenac

NB : Tous les soins préventifs et les médicaments de maison sont exclus.

#### IV-1-1-6 Prestations

Le tableau de prise en charge plus haut nous donne l'ensemble des prestations prises en compte par l'IPM. Le nombre de jours n'est pas limité pour les hospitalisations. Ces prestations sont délivrées par 422 prestataires agréés. Ceux-ci sont retenus en fonction de leur spécialité, et suivant la population sociale de leur zone.

Il existe une convention entre les IPM et les services de santé, ce qui favorise le mécanisme du tiers payant intégrale, et le paiement à l'acte.

Tous les prestataires après avoir délivrés des soins aux bénéficiaires des IPM sur la base d'une lettre de garantie, et du carnet de santé, acheminent les factures au siège de l'institution.

L'IPM paye ces factures dans un délai de un mois. Tous les règlements se font par chèques, signés par le gérant.



#### **IV-1-1-7 Suivi des bénéficiaires**

Chaque bénéficiaire dispose d'un carnet de santé, d'une carte de bénéficiaire avec photo, un numéro matricule. Ce qui permet de vérifier l'identité du bénéficiaire avant l'accès aux soins médicaux.

Toute personne malade fait la demande d'une lettre de garantie au niveau de son entreprise (l'entreprise désigne quelqu'un pour délivrer les lettres de garantie), et c'est avec cette lettre, plus sa carte de bénéficiaire qu'il se présente devant le prestataire. Un exemplaire de la lettre de garantie lui est remis, un autre est déposé au siège de l'IPM pour vérification des factures.

Toutes les informations sont enregistrées dans un logiciel de gestion. Ce logiciel performant contient toutes les informations sur les bénéficiaires, sur leur prise en charge médicale.

Mais l'on assiste parfois à des cas de fraude de la part des travailleurs (les participants).

Pour l'année 2004, le nombre de cas de fraude identifié est estimé à 3% des charges réelles de la structure.

#### **IV-1-1-8 Comptes de l'IPM**

Toute IPM tient une comptabilité régulière. S'agissant de l'IPM Sentenac toutes les entrées et les sorties sont régulièrement enregistrées. Le logiciel de gestion dont elle dispose lui permet de ressortir toutes les charges (techniques, réelles) et les ressources selon les périodes, les prestations, les bénéficiaires.

A la fin de l'année, le bilan est fait, et un document est produit retraçant tous les flux réels et financiers de l'institution, avec des analyses à l'appui.

L'IPM Sentenac pour l'année 2004 a enregistré un montant total de cotisation de 158 326 466f.

Les dépenses de santé à hauteur de 121 803 326f, et les frais de fonctionnement d'un montant de 30 000 000f, soit un total de charges de 151 803 326 f.

Les recettes couvrent toutes les dépenses et l'Institution dispose d'un fond de réserve estimé à 30 000 000 f.

**Tableau n° 2 : Répartition des charges de l'IPM Sentenac par prestation en 2004**

Prestations	Montant réel	Quote part IPM	Quote part agent
Visites	19 770 230	9 620 445	10 149 785
Analyses	18 884 701	9 845 854	9 038 847
Radiologie	6 484 875	2 851 668	3 633 207
Séjour Hospitalisation clinique	27 532 604	4 281 274	23 251 330
Optique	10 218 649	425 000	9 793 649
Soins dentaires	15 700 200	5 624 420	10 075 780
Pharmacie	162 454 160	69 462 031	92 992 129
Gynécologie	7 878 960	3 984 270	3 894 690
Accouchement	56 000	28 000	28 000
Pédiatrie	4 661 175	2 407 050	2 254 125
Dermatologie	1 559 900	817 840	742 060
Cardiologie	2 029 150	1 114 645	914 505
Gastronomie Endoscopie	1 249 800	701 540	548 260
Ophtalmoscopie	4 001 000	2 054 020	1 946 980
Echographie	7 232 575	3 817 632	3 414 943
ORL	1 027 600	543 530	484 070
Actes Opératoires	6 043 609	2 995 283	3 048 326
Neurologie	929 800	534 690	395 110
Rhumatologie	902 900	451 060	451 840
Urologie	453 268	243 074	210 194
<b>Total</b>	<b>299 071 156</b>	<b>123 803 326</b>	<b>175 267 830</b>

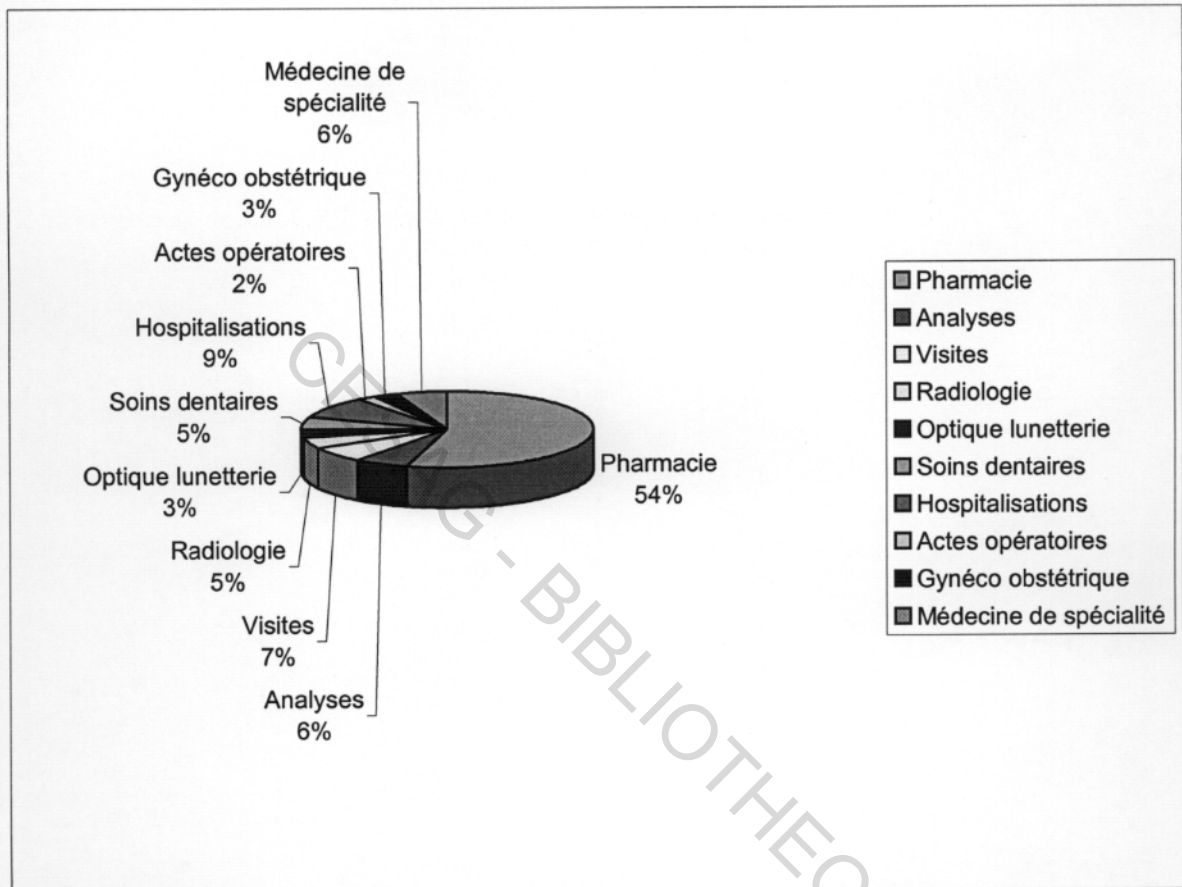
Source : Document comptable, bilan 2004 IPM Sentenac

Les prestations sont regroupées dans le tableau ci dessous afin de mieux voir leurs différentes proportions.

**Tableau n° 3 : Répartition des charges des prestations regroupées de l'IPM Sentenac**

Prestations	Montant réel	Taux en %
Pharmacie	162 454 160	54
Analyses	18884701	7
Visites	19770230	5
Radiologie	13717450	5
Optique lunetterie	10218649	3
Soins dentaires	15700200	5
Hospitalisations	27532604	9
Actes opératoires	6043609	2
Gynéco obstétrique	7934960	3
Médecine de spécialité	16814593	6
<b>TOTAL</b>	<b>299 071 156</b>	<b>100</b>

**Graphique n°1 : Répartition des charges réelles par prestation regroupée de l'IPM  
Sentenac**



### Analyse du graphique

L'IPM Sentenac consacre plus de la moitié de ses dépenses en médicaments et biens médicaux. La part des charges en pharmacie s'élève à 54% des charges de santé de l'IPM.

Les hospitalisations viennent en deuxième position avec un taux de 9%, les visites ont été la troisième prestation après la pharmacie et les hospitalisations, avec un taux de 7%. L'IPM, pour l'année 2004 a consacré 12% de ses dépenses aux analyses et à la médecine de spécialité répartis proportionnellement, 5% à la radiologie et aux soins dentaires, 3% à la gynéco obstétrique et aux soins dentaires, enfin 2% de ses charges de santé aux actes opératoires.

### **Interprétation**

La pharmacie est une prestation complémentaire, en outre les médicaments et biens médicaux ont un coût élevé. Cela pourrait justifier ses charges à la hausse. Pour l'année 2004, l'IPM a enregistré 15 546 ordonnances pour un montant total de 162 454 160 f. Le manque de contrôle de la consommation de cette prestation pourrait être à la base du montant excessif de ses charges.

Les hospitalisations ont le montant de leurs charges élevées parce que l'IPM donne la possibilité aux bénéficiaires de choisir eux-mêmes leurs propres structures de soins, qu'elles soient publiques ou privées.

Quant aux autres prestations, la consommation reste moyenne compte tenu de leur spécialité, et de la rareté de la demande.

L'IPM, pour réduire ses charges techniques doit agir sur les charges en pharmacie, tout en accentuant son contrôle dans la consommation de cette prestation, et privilégier la fréquentation des structures publiques par les bénéficiaires.

#### **IV-1-1-9 Fonctionnement et les biens matériels**

L'IPM Sentenac fonctionne sur fond propre, c'est-à-dire que ses recettes proviennent uniquement des cotisations.

La structure emploie un personnel qualifié, composé de trois employés permanents plus un stagiaire.

Le personnel participe à des séminaires de formation au Sénégal comme à l'extérieur de pays.

L'IPM dispose d'un siège au sein de l'entreprise Moulins Sentenac, constitué de bureaux équipés de matériels informatiques.

Les frais de fonctionnement représentent 20% des charges totales de la structure, et s'élèvent à environ 30 000 000 f.

L'IPM dispose d'un fond de réserve d'une valeur de 30 000 0000f, et d'un fond de garantis alimenté par 10% des cotisations encaissées en plus des droits d'adhésion des nouveaux membres.

L'IPM entretient de bons rapports avec les autres IPM, et les prestataires de soins. Ce qui entraîne l'adhésion d'autres entreprises au sein de l'IPM.

Pendant que nous collectons les informations, une entreprise était en discussion avec l'IPM Sentenac pour son adhésion prochaine.

Le matériel de l'IPM est entretenu, les ordinateurs sont en bon état. Et le local est bien entretenu, avec la climatisation dans les bureaux.

Le travail est évacué très rapidement, le paiement des factures se fait avant l'échéance. Il n'y a pas d'accumulation de factures. Les arriérés n'existent pratiquement pas.

#### **IV-1-2 Description de l'IPM SDE**

L'IPM SDE est une IPM entreprise, c'est-à-dire un seul adhérent qui est la Société des eaux du Sénégal (SDE) qui est un monopole en matière de distribution d'eau au Sénégal.

L'IPM SDE est l'institution de prévoyance maladie des employés de l'entreprise SDE. Elle prend en charge une partie des frais médicaux des employés de l'entreprise.

##### **IV-1-2-1 Contexte de création de L'IPM SDE**

Sa gestion confiée au départ à une maison d'assurance, elle devient autonome depuis l'an 2000, d'où elle a démarré ses activités. Elle regroupe tous les travailleurs de la SDE, et prend en charge leurs soins de santé avec leur famille.

##### **IV-1-2-2 Organisation de l'IPM SDE**

L'organisation de cette institution de prévoyance maladie est déconcentrée. Il y a des comités de gestion dans chaque ville, mais la gestion globale est centralisée au siège de l'IPM à Dakar.

Elle se compose de deux organes qui sont : le conseil d'administration et le bureau exécutif.

-**Le conseil d'administration** : il est composé de 9 membres, un représentant de l'adhérent, et huit représentants des participants. Il a le même rôle que celui de l'IPM Sentenac.

- **Le bureau exécutif** : la composition est la même que celui de SENTENAC, c'est-à-dire le président du conseil d'administration et son vice président, un secrétaire, un trésorier et un gérant. C'est le gérant qui s'occupe de la gestion quotidienne de l'IPM, il rend compte directement au président du conseil d'administration.

##### **IV-1-2-3 Bénéficiaires de l'IPM**



Les bénéficiaires de l'IPM sont les travailleurs de la SDE et leur famille. Ils bénéficient des privilèges que leur offre l'institution, c'est à dire les prestations en soins de santé. Pour cette IPM, au 01 janvier 2005, le nombre de participants se chiffrait à 1160 travailleurs, avec un nombre de 6040 ayants droit. Ce qui donne un total de 7200 bénéficiaires.

Les enfants des travailleurs sont pris en charge jusqu'à l'âge de 21 ans pour les enfants non scolarisés, et de 25 ans pour les enfants scolarisés.

#### IV-1-2-4 Cotisations

Le taux de 6% fixé par la loi, repartit entre le travailleur et l'employeur est différent de ce qui est appliqué par l'IPM SDE. L'institution a fixé une cotisation forfaitaire en fonction de catégorie socio professionnelle.

**Tableau n°4 : Répartition des cotisations par catégorie socio professionnelle  
Au niveau de l'IPM SDE**

<b>Catégorie</b> <b>Cotisation</b>	<b>Exécutant</b>	<b>Agent</b> <b>moyen</b>	<b>Cadre</b>
<b>Salariale</b>	<b>4500f</b>	<b>7500f</b>	<b>12000f</b>
<b>Patronale</b>	<b>4500f</b>	<b>7500</b>	<b>12000f</b>
<b>Total</b>	<b>9000f</b>	<b>15000f</b>	<b>24000f</b>

Source : document IPM SDE

Les cotisations sont versées régulièrement par l'adhérent et par les participants parce que le prélèvement se fait à la source. Mais on assiste parfois au non-recouvrement des créances, cela est dû en partie aux décès, aux démissions et aux licenciements des travailleurs. Il y a aussi que le remboursement de la quote part des bénéficiaires pose problème, malgré le délai de 15 jours donné après la transmission de l'état d'endettement de l'agent.

#### IV-1-2-5 Prise en charge

Le mécanisme de prise en charge dans cette institution, comme dans la plupart des IPM, est le tiers payant intégral. La part supportée par le travailleur est déduite sur son salaire après la transmission de l'état d'endettement par le gérant de l'IPM au service financier de la société.

Le taux de prise en charge varie d'une IPM à une autre. Au niveau de la SDE la prise en charge par prestation est la suivante :

**Tableau n°5 : les différents taux de prise en charge au niveau de l'IPM SDE**

<b>Prestations</b>	<b>Taux ou Forfait</b>
<b>Pharmacie</b>	<b>55%</b>
<b>Analyses</b>	<b>65%</b>
<b>Radio</b>	<b>65%</b>
<b>Hospitalisation clinique</b>	<b>65%</b>
<b>Hospitalisation hôpital</b>	<b>80%</b>
<b>Actes opératoires</b>	<b>65%</b>
<b>Optique</b>	<b>5000 f</b>
<b>Soins dentaires</b>	<b>70%</b>

Source : Document IPM SDE (2005)

NB : les soins préventifs sont exclus avec les médicaments de maison. Les hospitalisations hôpital sont encouragées.

#### **IV-1-2-6 Prestations**

Au niveau de l'IPM SDE, les prestations sont payées à l'acte. Les factures sont établies par les prestataires en fonction de l'acte médical dispensé.

Le nombre de prestataires agréés n'est pas mentionné, mais par contre les critères de choix des prestataires sont connus. Ceux-ci sont choisis en fonction :

- Du besoin
- Répartition géographique des bénéficiaires par zone.
- Qualité du service et la capacité d'accueil du service de santé.

Après avoir fourni un service, le prestataire délivre une facture qu'il achemine à l'IPM pour se faire payer. Après vérification des factures, l'IPM fait un chèque avec la signature du gérant.

Toute couverture médicale se fait en fonction des dispositions de prise en charge. Tout nouveau participant observe une période d'attente de trois mois avant de bénéficier des soins médicaux.

#### **IV-1-2-7 Suivi des bénéficiaires**

L'IPM SDE dispose tout comme celui de Sentenac, du logiciel de gestion où sont enregistrés tous les bénéficiaires. Chaque bénéficiaire a une carte de membre avec un numéro matricule. Ce qui permet de vérifier son identité avant toute fourniture de soins.

D'autres moyens de contrôle existent avec la collaboration des prestataires. Il s'agit des visites inopinées et le contrôle de la consommation des bénéficiaires. Cette consommation est vérifiée à travers les lettres de garanties.

Malgré toutes ces dispositions de contrôle, des cas de fraude sont identifiés. Les auteurs sont les prestataires à travers la sur prescription, et les bénéficiaires par la sur consommation.

Pour l'année 2004, l'IPM a décelé sept cas de fraudes, estimés à une valeur de 1 540 000 f.

Les sanctions prises à l'endroit de ces personnes sont : la suspension pendant une période de six mois à un an, en fonction de la gravité de l'acte, ensuite une retenue sur le salaire de 100% pour le remboursement des frais engagés.

Pour ce qui est des prestataires le contrôle se fait par un médecin conseil qui peut décider la suspension temporaire et définitive de la fourniture des soins.

#### **IV-1-2-8 Comptes de l'IPM**

La comptabilité de l'IPM est bien tenue, toutes les dépenses et les recettes sont enregistrées. Tout comme Sentenac, l'IPM SDE dispose du logiciel de gestion, qui permet de retracer toutes les activités de l'institution. On a enregistré pour l'année 2004 des recettes d'un montant de 168 000 000 f, avec comme dépenses totales 128 000 000 f répartis selon les charges totales de santé d'un montant de 113 256 888 f et les charges de fonctionnement 14 743 112 f

Les charges réelles de l'IPM s'élèvent à 199 534 526 f pour l'année 2004. En fin exercice, le montant de la quote part des bénéficiaires non recouverts s'élevait à 36 000 000 f pour un montant de 86 277 638 f. Les bénéficiaires n'ont remboursé que 50 277 638 f.

Les créances irrécouvrables sont estimées à 3 780 000 f et les cas de fraudes à 1 540 000 f

Toutes les charges se sont élevées pour l'année à 170 860 000 f



L'IPM n'a pas pu couvrir toutes ses charges.

**Tableau n°6 : Répartition des charges supportées par l'IPM et par les participants en 2004**

Prestations	Montant réel	Coût supporté IPM	Coût supporté participants
Pharmacie	108 818 752	59 421 971	49 396 781
Analyses	15 913 795	10 207 270	5 706 525
Soins dentaires	15 374 013	10 623 531	4 750 482
Radiologie	10 138 153	6 506 242	3 631 911
Optique	8 042 162	315 000	7 727 162
Séjour clinique	12 310 658	6 491 195	5 819 463
Séjour hôpital	5 822 096	3 182 821	2 639 275
Echographie	5 158 800	3 301 860	1 856 940
Consultation	4 495 980	3 488 504	1 007 476
Actes opératoires	3 927 275	2 629 583	1 297 692
Accouchements cliniques	2 419 413	1 494 118	925 295
Gynécologie	1 465 300	1 151 280	314 020
Ophtalmologie	1 436 100	1 148 880	287 220
Pédiatrie	1 386 479	1 101 503	284 976
Consultation	722 700	559 440	163 260
Dermatologie	665 500	527 120	138 380
Accouchement hôpital	506 200	396 960	109 240
ORL	348 800	270 130	78 670
GASTRO	221 800	172 960	48 840
Cardiologie	212 150	161 240	50 910
Rhumatologie	84 600	67 680	16 920
Neurologie	39 400	22 560	16 840
Urologie	24 400	15 040	9 360
<b>TOTAL</b>	<b>199 534 526</b>	<b>113 256 888</b>	<b>86 277 638</b>

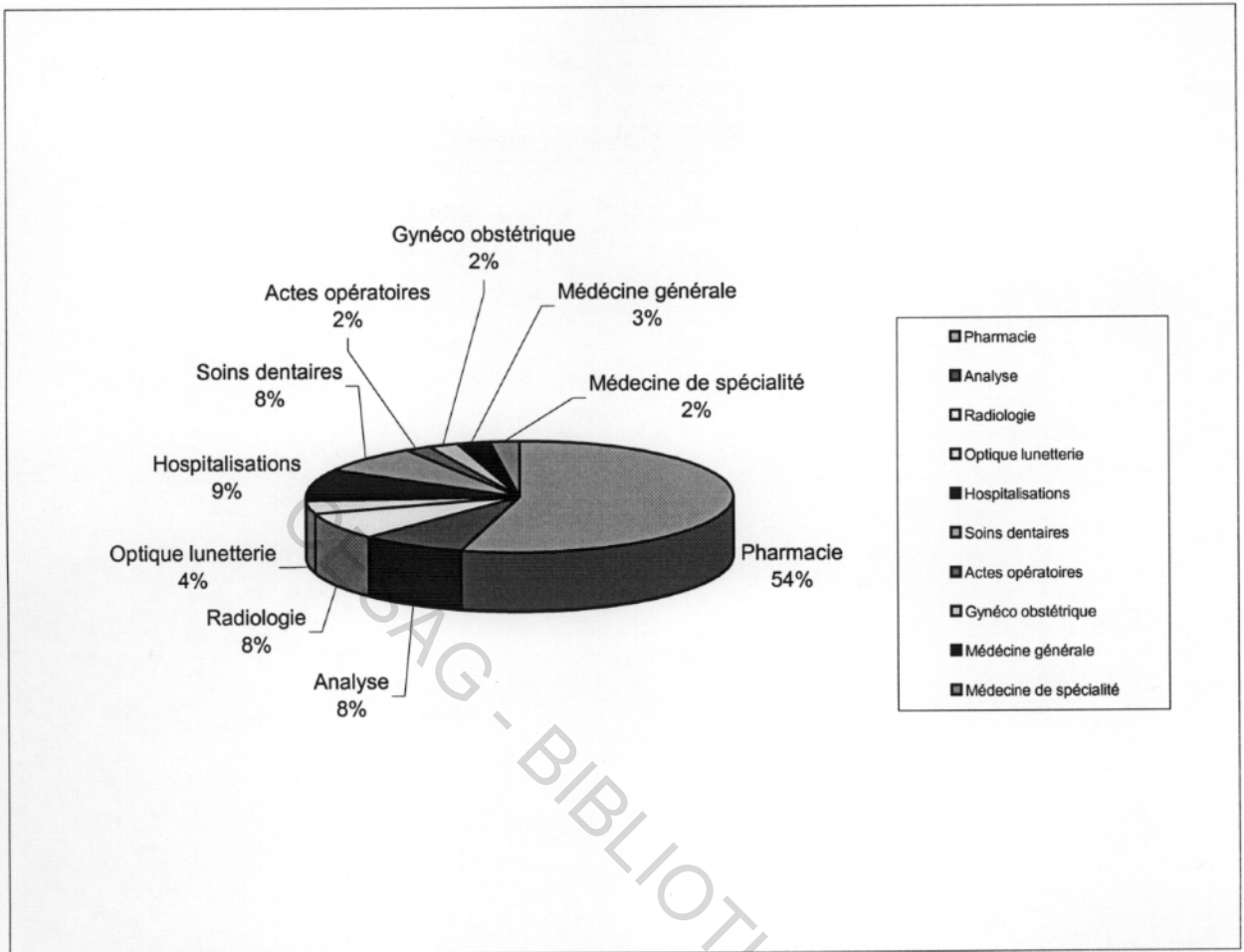
Source : Document bilan comptable, Activité 2004, IPM SDE

Les prestations seront regroupées en fonction de certaines composantes, afin que le graphique soit mieux visible.

**Tableau n°7 : Répartition des charges réelles par prestation regroupée au niveau De l'IPM SDE en 2004**

Prestations	Montant réel	Quote part IPM	Quote part Agent	Taux montant réel en %
Pharmacie	108 818 752	59 421 971	49 396 781	54
Analyse	15 913 795	10 207 270	5 706 525	8
Radiologie	15 296 953	9 808 102	5 488 851	8
Optique lunetterie	8 042 162	315 000	7 727 162	4
Hospitalisations	18 132 754	9 674 016	8 458 738	8
Soins dentaires	15 374 013	10 623 531	4 750 482	2
Actes opératoires	3 927 275	2 629 583	1 297 692	2
Gynéco obstétrique	4 390 913	3 042 358	1 348 555	2
Médecine générale	5 218 680	4 047 944	1 170 736	3
Médecine de spécialité	4 419 229	3 487 113	932 116	2
<b>TOTAL</b>	<b>199 534 526</b>	<b>113 256 888</b>	<b>86 277 638</b>	<b>100</b>

**Graphique n°2 : Répartition de la consommation médicale réelle de l'IPM SDE en 2004**



**Analyse du graphique**

La pharmacie occupe plus de la moitié de la consommation médicale de l'IPM avec un taux de 54%, viennent ensuite les hospitalisations 9%, les analyses, la radiologie, les soins dentaires à un taux de 8% chacun, enfin l'optique lunetterie à 4%, la médecine générale à 3%, les actes opératoires, la gynéco obstétrique, et la médecine de spécialité à 2% chacun.

**Interprétation**

La part de la pharmacie dans la consommation médicale de l'IPM est due au fait que la pharmacie est une prestation qui est complémentaire des autres prestations. L'utilisation de médicaments intervient dans presque tous les actes médicaux. Nul ne peut se départir car les médicaments et autres biens médicaux sont la base de toutes les autres prestations.

Les hospitalisations sont faibles par rapport à la pharmacie, et cela peut se justifier par le fait que le coût d'hospitalisation par jour n'est pas élevé parce que les bénéficiaires fréquentent plus les structures de soins publics.

Quant aux analyses, à la radiologie et aux soins dentaires, leur niveau de consommation n'est pas fréquent chez les bénéficiaires.

En ce qui concerne les actes opératoires, la gynéco obstétrique, la médecine générale et la médecine de spécialité, leur faible niveau de consommation peut être justifié par absence de maladies graves, faiblesse de maternité, faiblesse de maladie entraînant l'intervention d'un spécialiste.

En somme l'IPM consacre plus de la moitié de ses dépenses de santé à la pharmacie, une partie considérable aux hospitalisations, à la radiologie, aux analyses et aux soins dentaires estimés à 33% et enfin les actes opératoires, la lunetterie, la gynéco obstétrique, la médecine générale et la médecine de spécialité d'un taux 13%.

L'IPM dans ses prévisions de 2005 devra tenir compte de ces différents taux pour faire ses prévisions, et ensuite lutter pour la diminution de ses coûts médicaux.

#### **IV-1-2-9 Fonctionnement de l'IPM et biens matériels.**

L'IPM SDE fonctionne sur fond propre, toutes ses ressources proviennent des cotisations salariales et patronales.

Le personnel employé est un personnel qualifié, avec à la tête un gérant, dont la nomination est faite après un test de recrutement. Le personnel est composé de trois employés permanents, et ceux-ci ne participent pas à des séminaires de formation.

L'IPM dans son fonctionnement n'entretient pas des relations avec l'extérieur, à part l'association des IPM du Sénégal.

Le siège de L'IPM se situe dans les locaux de la direction générale de la SDE, retirée dans un bâtiment, avec des bureaux équipés en matériels informatiques.

Les frais de fonctionnement sont estimés à 14 743 112 f pour un montant total de charges de 128 000 000 f. Les charges de fonctionnement représentent 11,5% des charges totales de l'institution (Au niveau des bâtiments, seulement l'amortissement est pris en compte).

L'institution a des arriérés de paiement au niveau des prestataires.

Le matériel de l'institution est bien entretenu, les bureaux sont confortables.

L'IPM ne dispose pas de fond de garantie, mais elle a un fond de réserve, sous forme de dépôt en banque dont le montant n'a pas été communiqué.

Des factures restent impayées, le recouvrement de la quote part des bénéficiaires n'est pas total.

## **IV-2 Description des Mutuelles de santé à l'étude**

Nous avons choisi deux Mutuelles de santé pour notre étude. Le choix de ces structures s'est fait sur la base des mêmes critères définis dans la méthodologie. En plus de ces critères nous avons tenu compte de la différence des paquets de soins.

Ainsi, les Mutuelles de And Fagaru, de Ndiareme limamoulaye ont été choisis.

Nous allons décrire ces structures en fonction du contexte de création, de l'organisation, du statut juridique, des bénéficiaires, des cotisations, des prestations, du suivi des bénéficiaires, des comptes et des moyens matériels.

### **IV-2-1 Description de la Mutuelle de santé And Fagaru**

#### **IV-2-1-1 Contexte de création**

La MS And Fagaru est une mutuelle communautaire, situé dans la localité de Parcelles Assainies.

La décision de créer cette MS s'est inscrite dans le contexte général de développement de la mutualité dans le milieu urbain.

L'initiative de créer cette MS est venue de la structure ENDA GRAF (Structure de développement de l'environnement, groupe de recherche, action et formation) mis sur pied par une ONG suisse du nom de IAMANEH en 1999.

La présence d'un poste de santé dans la localité va faciliter la prise en charge médicale des bénéficiaires au niveau du premier échelon.

#### **IV-2-1-2 Organisation de la mutuelle**

La MS est ouverte à toute la population de la commune de Golf sud. Elle dispose de trois organes que sont : Le conseil d'administration, le comité exécutif et le comité de contrôle.

- Le conseil d'administration, est composé de 21 membres tous élus en assemblée générale. Il se réunit tous les trois mois. Son rôle est de convoquer une assemblée générale et d'entériner toutes les décisions prises à assemblée générale.
- Le comité exécutif, est composé de 5 personnes nommées pendant l'assemblée générale. Il se réunit tous les mois, et son rôle est d'appliquer les décisions du conseil d'administration.
- Le Comité de contrôle est composé de trois personnes, et son rôle est de vérifier le bon fonctionnement de la MS, et l'exactitude des comptes.

#### **IV-2-1-3 Statut juridique**

La MS dispose des statuts et d'un règlement intérieur comme tout autre MS pour le bon fonctionnement de ses activités.

#### **IV-2-1-4 Bénéficiaires**

La MS est ouverte à toute personne qui veut y adhérer et l'adhésion est familiale. Un maximum de 15 personnes est admis par famille. La mutuelle compte aujourd'hui 394 adhérents, avec un total de 1783 bénéficiaires.

La population cible est de 120 000 personnes, ce qui donne un taux de pénétration d'environ 15‰

L'évolution des adhérents est résumée dans le tableau suivant

**Tableau n° 8 : Evolution des adhérents de la MS Enda Fagaru**

<b>Période</b>	<b>Janvier 2000</b>	<b>Janvier 2004</b>	<b>Janvier 2005</b>
<b>Adhérents</b>	<b>123</b>	<b>277</b>	<b>394</b>

Source : Bilan d'activités 2004

#### **IV-2-1-5 Cotisations**

Le droit d'adhésion s'élève à 1500 f, ce qui donne droit à un carnet de santé.



La cotisation individuelle est fixée à 100 f par mois (soit 1500 f pour une famille de 15 personnes.)

Les cotisations sont encaissées par le trésorier qui les reversement à ENDA GRAF, la structure d'appui technique et financier. La période d'observation est de trois mois pour tous les nouveaux adhérents. Pour tout nouvel adhérent ayant payé les 1800 f c'est à dire le droit d'adhésion et les trois premiers mois de cotisation, doit obligatoirement observer un mois d'attente avant de bénéficier de la prise en charge de la mutuelle.

Malgré l'appui de ENDA GRAF, la mutuelle a des difficultés de recouvrement des cotisations. Environ 57% des adhérents ne sont pas à jour de leur cotisation.

#### **IV-2-1-6 Prestations**

La mutuelle prend uniquement en compte les soins ambulatoires. Le mécanisme de prise en charge est le tiers payant intégrale avec un ticket modérateur de 50%.

Le bénéficiaire est tenu de payer sa quote part au plus tard trois jours après les soins. La mutuelle règle ses factures avec le prestataire dans un délai de un mois.

Le coût moyen annuel de consommation des bénéficiaires est de 460 f.

Au niveau du paquet de soins, on assiste à environ 80% des cas de traitement de paludisme.

A la prochaine assemblée générale l'accroissement du paquet de soins aux hospitalisations est envisageable.

#### **IV-2-1-7 Suivi des bénéficiaires**

Les documents de suivi sont les suivant :

- Tableau de gestion (élaboré depuis 2004) pour toutes les activités de la mutuelle, et le Suivi des bénéficiaires.

- Un classeur de gestion (fichiers Excel) pour les déférents comptes.

La mutuelle And Fagaru étant une mutuelle communautaire, le contrôle social est très fort et les risques de fraude sont limités. Les quelques rares cas observés se situent au niveau des cotisations, où certains membres viennent se mettre à jour que lorsqu'ils sont malades, sous prétexte qu'ils étaient en voyage.

La mutuelle ayant son siège au sein du poste de santé Unité 4 de la localité, les risques de fraude sont pratiquement inexistantes.

#### **IV-2-1-8 Comptes de la mutuelle**

Les comptes de la mutuelle sont centralisés au niveau de ENDA GRAF. Les comptes sont tenus à l'informatique depuis 2004, sur le logiciel excel.

Avec ce logiciel, un tableau de bord est élaboré retraçant toutes les activités de la mutuelle, les entrées, les sorties et les comptes de gestion.

Pour l'année 2004, les cotisations se sont élevées à 1 032 000 f, soit 43% des cotisations prévues. Les dépenses de santé au titre de cette même année s'élevaient à 663 960 f, avec des charges de fonctionnement d'un montant de 572 807 f.

La subvention de ENDA GRAF à la mutuelle par an est de 200 000 f, et de 100 000 f de la part de l'Etat. On a donc un total de 1 332 800 f de recette pour 1 236 767 f de charges totales de la structure.

Les droits d'adhésions ne sont pas enregistrés dans les cotisations. Ces fonds permettent d'alimenter le fond de réserve de la mutuelle qui est estimé aujourd'hui à 317 023 f

La mutuelle dispose aussi d'un fond de garanti qui représente 2,5% de la somme totale des cotisations annuelles de la mutuelle de santé.

#### **IV-2-1-9 Moyens matériels**

La MS ne dispose pas de moyens matériels suffisants, étant donnée que sa gestion est centralisée au niveau de ENDA GRAF. Elle dispose d'un bureau dans le poste de santé Unité 4 au niveau de Parcelles Assainies.

Elle ne dispose pas de moyens de transport pour l'évacuation de ses malades.

### **IV-2-2 Description de la mutuelle de santé Ndiareme limamoulaye**

#### **IV-2-2-1 Contexte de création**

La MS de Ndiareme limamoulaye est une mutuelle communautaire dans la commune d'arrondissement de Ndiareme limamoulaye dans le département de Guediawaye situé dans la région de Dakar.

La MS fut créée en 2001 et ses activités ont débuté en 2002. Mais, après le démarrage des activités, la mutuelle a connu des difficultés, suites aux incompréhensions liées aux cotisations. Elle est restée huit mois sans activités. C'est donc dans le dernier trimestre de



l'année 2002 que ENDA GRAF (structure d'appui aux micros finances), s'est chargé de restructuration de cette mutuelle. Elle a signé la première convention en Janvier 2003 avec le poste de santé HAMO 5, c'est ainsi que les activités de cette mutuelle ont repris.

#### **IV-2-2-2 Organisation de la mutuelle**

La MS est ouverte à toute la population de la commune d'arrondissement de Ndiareme limamoulaye. Elle se compose de trois organes qui sont : le conseil d'administration, le comité exécutif, et le comité de contrôle.

La MS se réunit en assemblée générale une fois par an, et est précédé par des assemblées de section ou de zone. A l'issue des assemblées de quartiers, tous les problèmes sont posés et deux délégués par zone sont désignés pour assister à l'assemblée générale de la MS afin de poser les problèmes évoqués en assemblée de quartier, ensuite trouver des solutions.

C'est aussi à l'assemblée générale que le montant des cotisations est fixé, la signature de la convention avec les prestataires est débattue.

L'assemblée générale met en place les différents organes de la mutuelle de santé, il est l'instance de décision de la mutuelle.

- **Le conseil d'administration** : il est composé de 21 membres, tous élus par l'assemblée générale. Il se réunit tous les trois mois, il a un rôle d'exécution des décisions prises à l'assemblée générale, et délègue ses pouvoirs à un comité restreint appelé bureau exécutif.
- **Le comité exécutif ou bureau exécutif** est composé de cinq personnes : un président, un vice-président, un trésorier, un trésorier adjoint, un secrétaire général. Il a pour rôle d'appliquer les décisions du conseil d'administration.
- **Le comité de contrôle** composé de trois membres, et a pour rôle de veiller au bon fonctionnement de la MS et aussi de vérifier les comptes.

#### **IV-2-2-3 Statut juridique**

La MS dispose des statuts et d'un règlement intérieur, et est reconnu par l'association des mutuelles du Sénégal.

#### **IV-2-2-4 Bénéficiaires**

La MS est ouverte à toute personne de la commune de Ndiarème limamoulaye qui veut y adhérer. L'adhésion est familiale et elle prend en charge toute la famille quelque soit le nombre de personnes. Le nombre d'adhérents au 01/01/2005 était de 336 personnes avec 457 ayants droit, soit un total de 793 bénéficiaires.

La population cible est estimée à 30 665 habitants, avec un taux de pénétration de 2,5%. Ce taux est extrêmement faible. Mais il est important de signaler que la MS en début de ses activités en janvier 2003 avait 134 Adhérents pour un total de 356 bénéficiaires. En janvier 2005 c'est-à-dire deux ans après, elle compte 336 adhérents pour un total de 793 bénéficiaires. En deux années la mutuelle a presque triplé le nombre d'adhérents ce qui reste significatif.

#### **IV-2-2-5 Cotisations**

Le droit d'adhésion de cette MS s'élève à 1500 f et les cotisations individuelles à 150f par mois par personne, soit 750f pour une famille de 5 personnes.

Au niveau de cette mutuelle, les cotisations ne sont pas versées régulièrement, et le taux de recouvrement des cotisations pour l'année 2004 est estimé à 48%. Ce taux varie d'un mois à l'autre, et on a assisté au taux mensuel le plus faible de 28% et le plus élevé de 146%.

Ce qui montre que certains adhérents s'acquittaient de leur cotisation avant l'échéance.

Compte tenu des difficultés financières de surtout d'absence de maladie, certains membres ne se mettaient pas à jour de leur cotisation. Toutes ces personnes étaient passibles de sanctions.

#### **IV-2-2-6 Prestations**

La MS garantit une prise en charge partielle des soins médicaux de tous ses membres.

Les prestations offertes sont :

- Les soins ambulatoires
- Les hospitalisations
- Les analyses
- Les consultations pré et post natal
- Les consultations ophtalmologiques
- Les soins dentaires (chirurgie mole, extraction complète, radio dentaire)
- Les interventions chirurgicales urgentes.

Toutes ces prestations sont délivrées par le poste de santé HAMO 5 (convention : janvier 2003), le centre de santé Roi Baudouin (convention : Avril 2003), et la maternité de Ndiareme limamoulaye (convention : Décembre 2004).

La MS ne bénéficie pas d'un tarif préférentiel auprès de ces structures de soins, mais le coût des soins est relativement accessible pour la mutuelle.

L'hospitalisation coûte 3000f pour une durée de trois jours, la consultation ophtalmologique coûte 1000f.

La MS garantie à 75% toutes les prestations citées. Pour tout mutualiste hospitalisé, il doit retirer une lettre de garantie auprès de la MS avant tous soins, ce qui permet de vérifier son identité. Pour les interventions urgentes, les délégués de zone effectuent des visites dans la structure de soins pour la vérification du patient.

Les statistiques ont montré que le coût moyen annuel de consommation de soins est de 1587f pour un total de 1800f de cotisation annuelle.

Sans se référer aux charges de fonctionnement, nous pouvons dire que la mutuelle minimise ses coûts.

Les factures des prestataires sont transmises directement à la mutuelle qui paye dans un délai d'un mois. Toutes les prestations sont payées à l'acte.

#### **IV-2-2-7 Suivi des bénéficiaires**

La MS dispose d'un registre des adhérents avec le suivi du versement des cotisations. Les données sont ensuite centralisées au niveau de ENDA GRAF qui suit toutes les sorties et les entrées de la mutuelle.

Pour les hospitalisations, la procédure de contrôle est la suivante : Avant tout soins, le membre se déclare auprès du délégué de zone qui est chargé de vérifier son identité, à travers son carnet et du tampon qui atteste la régularité du membre par rapport aux cotisations. Ensuite une lettre de garantie (lettre de prise en charge) lui est délivrée. Cette lettre de garantie comporte une souche et deux volets, où sont marquées le numéro matricule et le nom de celui qui en fait la demande. Cette lettre donne autorisation au membre de bénéficier des soins sans déboursier un franc. La quote part du membre est payé au niveau de la mutuelle au plus tard deux après les soins.

Le document de suivi des hospitalisations n'est pas encore élaboré, ce qui fait que nous n'avons pas le point des dépenses par hospitalisation.

#### **IV-2-2-8 Comptes de la mutuelle**

La MS tient régulièrement ses comptes qui sont présentés chaque trimestre au conseil d'administration. Même si les comptes sont rigoureux globalement, on note une absence des charges par type de prestation. Il est donc difficile d'interpréter ces résultats.

Pour l'année 2004 le montant total des cotisations c'est élevé à 613 750f ; les dépenses de santé d'un montant de 195050f, avec des charges de fonctionnement d'un montant de 331900f. Le total des charges s'élève à 526950f. La mutuelle bénéficie d'une subvention de ENDA GRAF d'un montant de 200000f, soit un total de recette de 813750f. Elle dégager un excédent de 286800f. La MS dispose aussi d'un fonds de réserve estimé à 404378f. Ce fond est constitué de 5% des cotisations et de 43% de la vente des cartes (droit d'adhésion)

La structure a prévu pour l'année 2005, un fond de garanti qui sera alimenté par 2,5% des cotisations annuelles.

#### **IV-2-2-9 Moyens matériels**

La MS dispose d'un siège social à la garderie de dimano cheick wade. La permanence est assurée tous les jours ouvrables de 9 h à 14 h par la gérante. Elle est chargée de la collecte des cotisations. La gérante dispose d'outils administratifs et financiers, des tampons de la mutuelle, du tampon payé, d'un tableau d'affichage des noms des groupements mutualistes, et d'armoire de rangement.

### **V- EVALUATION DES STRUCTURES A L'ETUDE**

#### **V-1 Evaluation des IPM Sentenac et SDE**

## **V-1-1 Evaluation de l'IPM Sentenac**

### **V-1-1-1 Mobilisation des ressources**

L'IPM Sentenac est une institution de prévoyance maladie interentreprises dans le secteur formel privé.

La cotisation est fixée à un taux de 5% pour le travailleur et 5% pour l'employeur plafonné à 100 000f. Ce taux est supérieur à la norme fixée par le législateur. Cela se justifie par le fait que le coût des prestations augmente.

Ce taux, compte tenu du régime obligatoire est perçu régulièrement par l'IPM.

Le prélèvement se fait à la source(service de la paie de l'entreprise), d'où faible coût d'obtention

La période d'observation pour tout travailleur de l'entreprise est de trois mois, même lorsque l'adhérent décide de payer l'adhésion et les trois mois de cotisation de ses travailleurs, il est obligé d'observer une période d'observation d'un mois avant d'avoir accès aux soins. Ces ressources permettent de renforcer la capacité financière de l'IPM et d'en dégager un surplus pour le fond de garantie.

La prise en charge des prestations reçues est d'un taux de 50% en général, avec un forfait de dix milles francs (10000f) pour l'optique médicale, et de 5000f par jour pour les hospitalisations.

Cette prise en charge partielle permet à l'institution non seulement de couvrir régulièrement une partie des frais médicaux des bénéficiaires mais aussi de lutter contre la fraude ( pour éviter les prélèvements sur leur salaire, les travailleurs limitent leurs frais en consommation médicale.)

L'IPM dispose d'un fond de garantie alimenté régulièrement avec 10% des cotisations encaissées, et une partie des droits d'adhésion des nouveaux membres.

Compte tenu de son caractère obligatoire, l'IPM Sentenac n'éprouve pas de difficultés pour le recouvrement de ces ressources. Les différents services financiers prélèvent les cotisations et les quotes parts des membres qu'ils versent à l'IPM.

### **V-1-1-2 Impact d'efficacité**

Les IPM engagent 17 milliards de frais médicaux (Rapport : Association des IPM au Sénégal. Ce frais engagés montre leur rôle important dans le financement de la santé.

Le nombre de prestations prises en charge par l'IPM Sentenac n'est pas connu, ce qui ne nous permet pas de calculer le taux d'utilisation des services de santé. Mais vu le nombre de prestataires agréés de 422, et si on pose comme hypothèse que chaque prestataire délivre un service par mois, donc dans l'année, on a 12 prestations par prestataire. On a donc un total de 5064 prestations pour 8142 bénéficiaires, le taux est égal à  $[(5064/ 8142) \times 100]= 62\%$

Ce taux est au-dessus de la moyenne, il illustre la parfaite utilisation des structures de soins, sachant que nous avons minimisé le nombre de prestations.

La durée de séjour du patient est illimitée, quelque soit le lieu d'hospitalisation (Cliniques ou Hôpitaux. C'est seulement le montant de la prise en charge qui est limité à 5000f par jour. Cela permet à l'IPM d'atteindre son objectif principal qui est la couverture du risque maladie à tous ses membres tout en minimisant ses coûts. Mais aussi la quote part du travailleur qu'il rembourse est un moyen pour enrayer la fraude.

Les prestations prises en compte sont couvertes par les structures de santé. Il est même marqué dans le tableau de prise en charge, Autres actes, pour montrer que tous services sont pris en compte.

Aucune exclusion des bénéficiaires n'a été enregistrée, compte tenu du fait que les besoins des clients sont adaptés à l'offre de soins.

### **V-1-1-3 Equité**

Au sein de l'IPM Sentenac, tous les membres bénéficient de la même couverture maladie, il y a équité d'accès. Les cotisations varient en fonction du salaire. Il y n'a donc pas d'équité contributive jusqu'au plafond. Avec les autres IPM, la couverture est pratiquement la même, mais la prise en charge diffère à quelques exceptions près. Quant aux autres couches de la population plus nanties financièrement, l'équilibre est rétabli, en terme d'accès aux soins de santé.

### **V-1-1-4 Accès aux soins de qualité**

La prise en charge de 50% des soins médicaux des travailleurs et leur famille résout une partie du problème de l'accèsibilité financière, et tiers payant intégrale résout le reste.

Le membre ne débourse pas un franc avant de se faire soigner.

La seule différence est que, pour ne pas avoir à rembourser un montant élevé, certains travailleurs et leur famille se dirigent vers les structures de soins publics. Toujours est-il que l'accès aux soins ne se pose pas, c'est surtout pour la qualité que la différence se fait sentir. Quant à l'amélioration des prestations services, ce n'est pas tout à fait visible. L'IPM donne la possibilité aux bénéficiaires de choisir les structures de soins qui leur convient.

#### **V-1-1-5 Durabilité et viabilité**

L'IPM est géré par un personnel qualifié, le gérant de l'IPM est recruté en fonction des ses compétences en matière de gestion.

Il assure une gestion saine et rigoureuse. Les charges de l'IPM sont minimisées. On a les frais de fonctionnement qui représentent 20% des charges totales de l'IPM.

Les charges totales de l'IPM sont de 151 803 326 f et les charges de fonctionnement de 30 000 000 f. On a donc  $[(30\ 000\ 000 / 151\ 803\ 326) \times 100] = 20\%$ .

Les soins sont adaptés à la contribution des adhérents, car l'IPM Sentenac est un exemple de réussite en matière d'assurance sociale privée au Sénégal.

L'adhésion de 23 autres entreprises confirme la bonne gestion de l'IPM. En plus le fond de réserve de 30 000 000f, et le fonds de garantie viennent confirmer la bonne santé financière de la structure.

Les différentes activités sont suivies par le collège des représentants, composé d'un représentant de chaque entreprise. Le conseil d'administration veille à l'exécution des décisions. Enfin le bureau exécutif avec à sa tête le gérant applique les décisions du conseil d'administration.

#### **V-1-1-6 Gouvernance locale**

La loi 98-02 du 2 mars 1998 sur les réformes hospitalières en son décret d'application 2000- 1040 avait prévu la participation d'un représentant des IPM dans le conseil d'administration des hôpitaux. Dans la pratique les IPM ne sont pas associées à la prise de décisions de ces structures de soins.

On assiste parfois à l'augmentation du coût des soins, sans en aviser l'IPM, ce qui contribue à augmenter les charges de l'IPM.

L'IPM ne participe à aucune instance de décision en matière de santé (ni au niveau des structures sanitaires, ni au niveau des instances locales.)

## **V-1-2 Evaluation de l'IPM SDE**

### **V-1-2-1 Mobilisation des ressources**

L'institution de prévoyance maladie de la SDE, est une IPM entreprise avec comme seul adhérent la SDE (Société des eaux du Sénégal.)

Le taux de cotisation varie en fonction de la catégorie du travailleur. Chaque travailleur paye le montant du à son rang dans l'entreprise.

Les cadres cotisent à hauteur de 12 000f, les agents moyens 7500f et les exécutants payent 4500f par mois. L'employeur paye l'équivalent de chaque travailleur à l'IPM. Ce forfait est supérieur à la norme fixée par le législateur, et cela peut s'expliquer par le fait que les différents coûts des services médicaux ont augmenté.

Les cotisations sont prélevées à la source, par le service financier de l'entreprise.

Le coût d'obtention est faible, mais les cotisations ne sont pas versées régulièrement par l'employeur.

Tout travailleur nouvellement recruté pour une durée déterminée ou indéterminée doit obligatoirement observer une période d'attente de trois mois.

La prise en charge varie en fonction des prestations. L'IPM SDE garantie pour un taux minimum de 55% jusqu'à un taux maximum de 80% les prestations reçues.

Les médicaments sont couverts au taux le plus bas, tandis que les hospitalisations à l'hôpital sont couvertes par l'IPM au taux le plus élevé de 80%. Ainsi le recours aux soins dans les structures publiques est encouragé, car elles permettent de réduire les charges de l'IPM et aussi de réduire la quote part versée par le bénéficiaire.

La prise en charge est un paramètre important pour la mobilisation des ressources, car plus elle est élevée, plus la quote part du bénéficiaire est faible, et plus le remboursement de cette quote part est rapide. Ce qui évite la suspension, la radiation du membre de l'IPM.

L'institution ne dispose pas de fond de garantie, cela est dû à la jeunesse de cette institution, mais surtout à l'orientation des activités de l'institution et des arriérés de l'adhérent non recouverts. L'existence de ce fond est nécessaire parce qu'il permet de garantir la survie de toutes les activités de l'IPM.



Le coût d'obtention des cotisations est nul pour l'IPM, mais le versement des cotisations à l'IPM n'est pas parfois suivi. Cela s'explique par la collaboration difficile entre l'adhérent et l'IPM.

Ainsi la mobilisation des ressources n'est pas totale au niveau de l'IPM SDE.

### **V-1-2-2 Impact d'efficacité**

Le taux d'utilisation des services de santé n'est pas connu, compte tenu du fait que le nombre de prestations reçues par les bénéficiaires n'est pas mentionné.

La prise en charge couvre les patients sur toute la durée leur séjour à l'hôpital.

La prise en charge des hospitalisations dans les cliniques est de 65% tandis que dans les hôpitaux, le taux est de 80%. L'IPM dispose de prestataires agréés dont les choix sont fonctions du besoin, de la répartition géographique des bénéficiaires par zone, et de la qualité du service. L'IPM n'a pas atteint son objectif, qui est d'assurer la couverture maladie de tous ces membres, parce que pour l'année 2004, les factures non payés s'élevaient à 57 000 000 f.

L'IPM n'est pas efficace dans le recouvrement des prestations, ce qui peut jouer sur son efficacité au niveau prestations couvertes. Ce qui pourrait dans l'avenir emmener les prestataires à refuser d'administrer des soins aux membres de l'IPM.

Le cas d'exclusion n'existe pas, car tous ceux qui ont sollicité une prise en charge en ont bénéficié.

L'IPM prend en compte toutes les prestations sauf les soins préventifs et le transport des malades.

### **V-1-2-3 Equité**

Tous les travailleurs de la SDE et leur famille bénéficient des mêmes services en termes soins médicaux, mais c'est la contribution financière qui diffère. Les travailleurs cotisent en fonction de leur catégorie socio professionnelle. Il y a donc équité d'accès et équité contributive.

Pour la comparaison entre l'IPM SDE et les autres IPM, le taux de prise en charge est élevé de part et d'autre, mais la contribution au niveau de l'IPM SDE est élevée.

Enfin entre les bénéficiaires de l'IPM SDE et les autres couches de la population plus aisées, la couverture en soins des membres de l'IPM est beaucoup plus élevée proportionnellement à la contribution. Les membres de l'IPM ont un avantage comparatif.

#### **V-1-2-4 Accès aux soins de qualité**

Le taux de prise en charge contribue efficacement à l'accessibilité financière des soins. Les bénéficiaires sont garantis à l'accès aux soins de qualité avec un plateau technique relativement élevé. L'IPM conditionne le choix du prestataire sur la base de soins de qualités. Le mécanisme de prise en charge étant le tiers payant intégral, les bénéficiaires sont soignés sans avoir à déboursier de l'argent. Ce qui règle le problème d'accessibilité financière des soins.

L'IPM encourage les membres à aller se faire soigner dans les structures sanitaires publiques, à travers la prise en charge élevée mais ne les y oblige pas. Le bénéficiaire a la liberté de choisir la structure dans la quelle il désire se faire soigner.

L'accès aux soins de santé est garanti par le taux et le mécanisme de prise en charge.

#### **V-1-2-5 Durabilité et viabilité**

La gestion de l'IPM SDE se fait par un personnel qualifié mais insuffisant. Le gérant est recruté sur test, en fonction de ses connaissances du domaine.

La collaboration avec l'adhérent est difficile tant du point de vue financier que dans la prise de décision.

La gestion est approximative et cela se ressent au niveau de l'adaptation des soins à la contribution des membres.

Le montant des cotisations est élevé mais l'IPM n'arrive pas à couvrir toutes ces charges. Les frais de fonctionnement sont élevés, ils dépassent les 10% des charges totales. La base des données n'est pas à jour. Les décideurs ne suivent pas le fonctionnement de l'IPM.

#### **V-1-2-6 Gouvernance locale**

L'IPM SDE ne participe pas a la gestion des services de santé, elle n'a aucune influence sur les décisions prises dans le domaine de la santé. Elle se réfère toujours à l'association des IPM du Sénégal.

### **V-2 Evaluation des Mutuelles And Fagaru, et Ndiareme limamoulaye**

#### **V-2-1 Evaluation de la Mutuelle de santé And Fagaru**

### V-2-1-1 Mobilisation des ressources

La MS And Fagaru est une mutuelle urbaine communautaire située dans la commune de Golf sud qui regroupe les quartiers Unité 1 à Unité 6 dans le département de Guediawaye. On y trouve des populations de rang social différent, mais la plupart de ceux qui ont adhéré à la mutuelle sont des travailleurs du secteur informel (Artisans, petits commerçants...)

Leur revenu est irrégulier, et peut être estimé à 30 000 f par mois (Président de la mutuelle)

La cotisation est perçue mensuellement et est de 100 f par personne. En générale les familles sont estimées à environ 7 personnes et le caractère individuel de la cotisation rend la charge trop élevée pour l'adhérent. L'objectif de And Fagaru est de couvrir toute la population de la zone, c'est ainsi que fut lancé le slogan « Une femme, un talibé. » On demandait à chaque femme de cotiser pour un enfant de la rue. Le nombre de personne par famille n'était pas exigé, ce qui a emmené la MS de fixer le plafond à quinze personnes, qui n'a jamais été atteint. A sein de la même famille, on peut avoir deux adhérents.

La période d'observation pour tout nouvel adhérent est de trois mois, sauf si à l'adhésion il se met à jour de ses cotisations. C'est à dire qu'il a payé les trois premiers mois de cotisation.

Dans ce cas il observe, seulement un mois d'attente. Ces ressources permettent à la mutuelle d'alimenter le fond de réserve, qui constitue une mobilisation de ressource importante pour la mutuelle. Elle permettra à la mutuelle de s'orienter vers d'autres activités afin de garantir sa mission première qui est la couverture du risque maladie de ses membres.

La prise en charge concerne uniquement les soins ambulatoires. Avec ce plateau technique faible, certains mutualistes ne se sentent pas totalement pris en compte pour leur problème de santé, tandis que d'autres n'éprouvent pas le besoin de cotiser car ils estiment qu'ils ne tombent pas malades. La prise en charge pourrait constituer un frein au recouvrement des ressources. Pour l'année 2004, on a enregistré un taux de recouvrement des cotisations de 43%. Ce taux n'est pas trop élevé mais il n'est pas non plus catastrophique.

Ce taux est à améliorer, et pour remédier à cela, la mutuelle fait un travail de proximité surtout au niveau du poste de santé Unité 4 où se trouve le siège de la MS. On enregistre parfois des descentes dans les quartiers pour inciter les membres à ce mettre à jour de leurs cotisations.

La faiblesse du recouvrement des cotisations est aussi justifiée par le fait que certains membres n'ont pas la culture mutualiste.

### **V-2-1-2 Impact d'efficacité**

Les dépenses de santé sont en hausse, et depuis la création de la MS, l'année 2004 a enregistré le montant le plus élevé des dépenses de santé. Cela s'explique par le fait que la MS a enregistré cours de cette période un grand nombre d'adhésion, et une augmentation des prestations. Le nombre de prestation prise en compte en 2004 est de 185 prestations, et le nombre de bénéficiaires est de 1783 personnes

Ce qui nous donne un taux de  $[(185/ 1783) \times 100] = 10\%$

Le taux est faible mais encourageant, car pour cette catégorie social il y a beaucoup à faire, ceux à quoi la MS s'attèle avec le concours de ENDA GRAF.

Les prestations prises en compte vont dans la droite ligne de la convention avec le poste de santé de la localité. Après quelques années l'existence, la mutuelle pense accroître sa couverture, en l'étendant à l'accouchement, à la maternité et aux soins dentaires.

Mais après une étude de faisabilité, une contribution de 150 f par personne et par mois est exigée.

Cela fera l'objet d'une discussion à la prochaine assemblée générale prévue fin mai 2005.

Le siège de la MS se trouvant au sein du poste de santé, aucune exclusion de mutualiste n'a été enregistrée, parce que toute vérification se fait sur place avant les soins.

### **V-2-1-3 Equité**

Au sein de la MS, l'équité ne joue pas en matière de contribution. La cotisation n'est pas fonction du revenu de chacun. La sensibilisation faite pour encourager plusieurs adhésions au sein d'une même famille, permet de résoudre le problème de contribution par famille.

La plupart des personnes couvertes par la mutuelle And Fagaru sont des artisans et des commerçants avec des revenus bas environ 30000 f par mois. Ils sont donc vulnérables en matière de capacité financière. A ce titre la MS rétablit l'équilibre avec les autres couches de la population plus aisée, en ce qui concerne l'accès au poste de santé.

En matière de prestation, chaque membre est traité de la même façon que les autres habitants de Golf sud. C'est donc du point de vue de la distance qu'il y a une différence entre les habitants d'Unité 4 et ceux des autres quartiers de Golf sud.

### **V-2-1-4 Accès aux soins de qualité**

La mutuelle garantie à 50% les frais médicaux de ses membres. Le coût moyen de consommation médicale est de 460 f, et avec une prise en charge de 50% le mutualiste se retrouve avec une moyenne de 460 f à payer. Ce montant est facilement accessible.

Le seul prestataire est le poste de santé, et ses prestations conviennent parfaitement aux mutualistes, car ceux-ci ont accès aux soins sans dépenser grands moyens. Ils bénéficient des soins de santé primaires et des médicaments génériques.

Le prestataire en collaboration avec la gérante de la mutuelle travaille dans le sens de l'amélioration des services médicaux.

#### **V-2-1-5 Durabilité et viabilité**

La mutuelle de And Fagaru bénéficie d'un taux de pénétration est de 15%, parce que la MS dispose de 1783 bénéficiaires sur une population cible de 120 000 habitants. Ce résultat est le fait de manque de campagne de sensibilisation et de manque de confiance des populations vis à vis de la mutuelle. Le comité de contrôle ne joue pas son rôle, ce qui peut entraîner des abus de la part de la gérante.

La MS ne va pas vers ses membres, car les cotisations sont perçues au siège, et il n'y a pas d'implication des mutualistes dans la vie de leur mutuelle.

La mutuelle a décidé d'accroître ses prestations services à la maternité, à l'accouchement et aux soins dentaires, mais aucune sensibilisation n'est faite pour convaincre les membres et amener d'autres populations à y adhérer.

Toutes ces difficultés selon le président de la MS sont dues au fait que nous sommes en ville et qu'il est très difficile de trouver les gens sur place ou de les réunir le plus souvent.

Le personnel est bénévole et la gérante a été nommée. Elle perçoit une prime de transport d'un montant de 20000 f par mois, ce qui revient à 240 000 f l'année.

Les frais de fonctionnement s'élèvent à 572807 f, et représente 46% des charges totales de la mutuelle. Ces frais sont trop élevés pour une mutuelle de cette taille, il faudrait réduire considérablement ces dépenses afin de pouvoir dégager un fond de garantie.

Quant aux soins, ils sont adaptés à la contribution des adhérents, car aucune MS dont la cotisation est fixée à 100 f ne peut prendre en compte des soins autres que les soins ambulatoires.

Le suivi du fonctionnement de la MS n'est pas effectif.

## **V-2-1-6 Gouvernance locale**

La MS participe à la gestion des services de santé au niveau du poste de santé Unité 4. Un bureau fut aménagé pour la mutuelle de santé. La création de cette mutuelle est partie du constat de non-accessibilité des soins aux populations. Le paiement du prestataire et la délivrance des soins sont menés en étroite collaboration.

La MS n'a pas d'influence sur la prise de décision dans la commune de Golf sud dans le domaine de la santé.

## **V-2-2 Evaluation de la mutuelle de santé Ndiareme limamoulaye**

### **V-2-2-1 Mobilisation des ressources**

La MS de Ndiareme limamoulaye est une mutuelle communautaire composée en majorité de femmes exerçant dans le secteur informel. Le statut de volontaire de chaque membre rend son adhésion facultative, et ses cotisations tiennent compte de ses moyens financiers.

Ainsi, les cotisations de 150f par mois par personnes ont été fixées. La périodicité des cotisations est donc adaptée au revenu des membres.

Les cotisations ne sont pas faciles à recouvrer, parce qu'il est difficile de trouver les membres sur place compte tenu de leurs occupations. Mais la volonté des membres d'être à jour vis à vis de leurs cotisations est réelle.

La MS réfléchit actuellement à des moyens plus efficaces pour le recouvrement des cotisations. Ce taux est estimé aujourd'hui à 48%, ce qui n'est pas n'est pas faible mais des efforts restent encore à faire. On assiste quelques fois au cours de l'année à un taux élevé de recouvrement des cotisations jusqu'à 146%, et parfois le taux baisse et tombe à 28%. Cela confirme la thèse selon laquelle certains membres n'ont pas encore la culture mutualiste.

Quant à la période d'observation, elle est de trois mois, et elle permet de renforcer le fonds de réserve qui constitue actuellement un fond important pour répondre à des besoins d'investissement. La MS va se lancer au cours de cette année 2005 à la création d'un fond de garanti. Ce fond va permettre d'accroître la capacité de solvabilité de la MS.

La contribution supplémentaire de 50 f des membres par rapport à And Fagaru a rendu solvable la demande de soins hospitaliers.

La mobilisation des ressources doit pouvoir se faire facilement, car la mutuelle ne compte pas trop d'adhérents et surtout pouvoir mener une sensibilisation de sensibilisation afin de créer l'esprit mutualiste chez tous les membres.

### **V-2-2-2 Impact d'efficacité**

La MS permet à des personnes qui avaient uniquement accès aux soins de santé de base, de bénéficier des médicaments génériques et de la continuité dans l'accès aux soins de santé de deuxième niveau.

La mutuelle a enregistré 123 prestations au cours de l'année 2004, avec 793 bénéficiaires, on a un taux d'utilisation des services de santé des membres de  $T = [(123 / 793) \times 100] = 15\%$ .

Le ticket modérateur de 25% à charge du patient limite le risque moral et responsabilise le patient par rapport à l'usage des services de santé spécialisé.

La MS a fixé la durée maximum de séjour du patient à sept jours pour limiter ses dépenses, mais aucun patient n'a dépassé les sept jours. La durée moyenne de séjour des bénéficiaires est de trois jours.

Le plateau technique est élevé, ce qui rend plus efficace la mutuelle en terme de prestations offertes. Ainsi donc la couverture est diversifiée et elle prend en compte les besoins de santé de tous les membres. Le taux d'exclusion est nul.

### **V-2-2-3 Equité**

La mutuelle garantit l'équité dans l'accès aux soins de santé des populations couvertes, du point de vue contribution.

Les mutualistes exercent tous dans le secteur informel. Ils disposent de revenu irrégulier, ce qui les rend vulnérable en terme de disponibilité financière. De ce point de vue la mutuelle contribue à rendre accessible les soins au même titre que les autres populations ayant une capacité financière beaucoup plus élevée.

Au niveau des prestations, il y a équité parce que les services de soins se situent dans la même commune, et les membres de chaque quartier fournissent les mêmes efforts pour y accéder.

### **V-2-2-4 Accès aux soins de qualité**

La MS garantie à ses membres l'accès à des soins de qualité grâce à un plateau technique relativement élevé du centre de santé Roi Baudouin. La dépense moyenne par bénéficiaire par an est de 1587 f, ce qui représente les  $\frac{3}{4}$  des dépenses réelles moyennes de la mutuelle.

La quote part moyenne annuelle du bénéficiaire s'élève à 529 f. Ce montant est donc accessible. Le partage des risques est bien cerné par la plupart des mutualistes à part une minorité qui reste encore hostile à l'esprit de la mutualité.

Le monopole du centre de santé Roi Baudouin en tant que structure de référence dans la commune pourrait toutefois constituer un frein à la recherche de qualité (de l'accueil et des soins) dans la mesure où il n'y a pas de concurrence possible entre les trois prestataires de la mutuelle.

#### **V-2-2-5 Durabilité et viabilité**

La MS a pris de bonnes dispositions de gestion, car malgré le plateau technique élevé, ses charges restent faibles. Cela s'explique par le fait qu'en plus du personnel bénévole, la mutuelle est appuyée par un personnel qualifié et compétent venant de ENDA GRAF. Il existe une parfaite collaboration entre ces deux types de personnel. La gestion courante de la MS est assurée par un gérant qui rend compte au président.

Les soins admis conviennent parfaitement aux mutualistes, ce qui confirme la meilleure adéquation entre les soins les contributions des adhérents.

Le fonctionnement de la mutuelle est suivi par tous les organes de la MS dans le respect des statuts et de son règlement intérieur. Néanmoins, beaucoup reste à faire. On peut citer entre autres, le recouvrement des cotisations, le suivi des prestations, la sensibilisation des populations pour accroître le nombre d'adhérents.

#### **V-2-2-6 Gouvernance locale**

La MS ne participe pas directement aux instances de décisions en matières de santé. Elle passe par le couvert de la structure de micro finance ENDA GRAF beaucoup connu sur le terrain pour obtenir la signature de conventions.

C'est ainsi qu'elle a obtenu la signature de la première convention en janvier 2003 avec le poste de santé de HAMO 5. Elle a obtenu par la suite la signature d'une autre convention en avril 2003 avec le centre de santé Roi Baudouin, et enfin en décembre 2004 avec la maternité de Ndiareme limamoulaye.



La signature de ces conventions constitue un aspect important pour la MS car elle ne dispose pas de grands moyens financiers.

La MS entretient de bonnes relations avec les autorités locales, d'ailleurs la mairie d'arrondissement vient d'inscrire la MS dans son plan d'action de développement.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**V-3 Synthèse de l'évaluation de chaque structure à l'étude**  
**V-3-1 Synthèse de L'évaluation des IPM à l'étude**

Institutions de prévoyance maladie (IPM)	Mobilisation des ressources Maîtrise des dépenses	Impact sur recours aux soins	Equité		Viabilité	Gouvernance locale (Relation avec les prestataires et les autorités)
			Accès	Contributive		
<b>IPM Sentenac</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prélèvement obligatoire à la source</li> <li>-Cotisations : Salariale 5% Patronale 5% Plafonné 100 000 f</li> <li>-Tiers payant intégral Ticket modérateur 50%, récupéré auprès des entreprises</li> <li>-Fond de garantie : 10% cotisations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de recours non disponible estimation 60%</li> <li>-Durée de séjour couverte illimitée</li> </ul>	Oui, (Même couverture maladie pour tous les bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui, jusqu'au plafond 100 000 f</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personnel qualifié suffisant</li> <li>-Couverture adaptée à la contribution des adhérents</li> <li>-Adhésion de nouvelles entreprises.</li> <li>-Gestion rigoureuse des organes</li> <li>Suivi des activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de taux préférentiel</li> <li>Signature de convention pour appliquer le mécanisme du tiers payant intégral.</li> <li>-Pas associé aux prises de décisions (des prestataires, des autorités sanitaire.</li> </ul>

<p><b>IPM SDE</b></p>	<p>-Prélèvement obligatoire à la source Cotisations : Exécutant : 4500 f Agent moyen 7500 f Cadres : 12000 f</p> <p>-Tiers payant intégral Ticket modérateur De 20% à 45% en fonction des prestations, récupéré auprès des entreprises</p> <p>Fond de garantie : Inexistant</p>	<p>- Taux de recours non disponible -Estimation</p> <p>-Peut baisser, si les factures ne sont pas payées.</p> <p>-Durée de séjour couverte du patient est illimitée.</p> <p>-Taux de prise en charge élevé.</p>	<p>Oui (même couverture maladie pour tous les bénéficiaires)</p>	<p>-Oui, la contribution est fonction de la catégorie, du salaire</p> <p>-Non à l'intérieur de chaque catégorie</p>	<p>-Personnel qualifié mais insuffisant.</p> <p>-Soins non adaptés à la contribution des membres</p> <p>-Couverture trop généreuse par rapport à la contribution des membres</p> <p>-Montant élevé de créances irrécouvrables.</p> <p>- Recouvrement des charges n'est pas total.</p>	<p>-Pas d'influence sur les décisions dans le domaine de la santé.</p> <p>-Pas de tarifs préférentiels.</p>
-----------------------	---	---	--	---	---	---

### V-3-2 Synthèse de l'évaluation des mutuelles de santé à l'étude

Mutuelles de santé	Mobilisation des ressources Maîtrise des dépenses	Impact sur recours aux soins	Equité		Viabilité	Gouvernance Locale (Relation avec les prestataires et les autorités)
			Accès	Contributive		
<b>And Fagaru</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adhésion volontaire et familiale</li> <li>-Droit d'adhésion : 1500f</li> <li>-Période d'attente : Trois mois</li> <li>-Cotisation fixe/ mois/ bénéficiaire : 100 f</li> <li>-Ticket modérateur : 50%</li> <li>-Fond de réserve : 317023 f</li> <li>-Fond de garantie : 2,5% des cotisations totales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de recours aux soins : 10% par mois reste faible</li> <li>- Seulement les soins ambulatoires sont pris en compte.</li> </ul>	Oui, (même couverture)	Non, cotisation n'est pas fonction du revenu, elle est fixe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soutien de ENDA GRAF</li> <li>Cotisations adaptées aux prestations couvertes.</li> <li>-Suivi n'est pas effectif</li> <li>-Personnel Bénévole.</li> <li>-Viabilité dépend en partie du soutien de ENDA GRAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signature de conventions avec les prestataires (poste de santé, centre de santé)</li> <li>- Pas de tarifs préférentiels</li> <li>-Pas d'influence sur les décisions en matière de santé.</li> </ul>

<p><b>Ndiareme limamoulaye</b></p>	<p>-Adhésion volontaire et familiale. -Période d'observation : Trois mois -Cotisations : 150 f /bénéficiaires/ mois - Ticket modérateur : 25% à récupérer auprès des membres. -Fond de réserve : 404378 f (5% cotisations, 43% vente des cartes de membre. -Fond de garantie : prévu pour 2005 (2,5% des cotisations annuelles)</p>	<p>Taux de recours aux soins : 15% Reste faible Packet de soins est élevé. Durée de séjour du patient : sept jours.</p>	<p>Oui, (mêmes soins)</p>	<p>Non, les cotisations ne sont pas fonction du revenu de chacun.</p>	<p>-Personnel bénévole. -Gestion assurée par ENDA GRAF -Paquet de soins couverts adaptés aux cotisations des membres -Suivi de la gestion par les décideurs.</p>	<p>- Signature de conventions poste de santé HAMO 5 Centre de santé Roi Baudouin Maternité de Ndiareme limamoulaye -Pas de tarifs préférentiels - Influence sur la prise de décision en matière de santé.</p>
--	---	---	---------------------------	---	--	---

#### **V-4 Atouts et les faiblesses de chaque type d'institution**

##### **V-4-1 Atouts et les faiblesses des IPM**

###### **V-4-1-1 Atouts des IPM**

- Les IPM mobilisent d'importants fonds dans le financement de la santé.
- Le caractère obligatoire des IPM contribue efficacement à la mobilisation des ressources.
- Le prélèvement à la source, permet de recouvrer les cotisations à un faible coût, et ce prélèvement se fait par le service de paie de l'entreprise.
- Les IPM sont des dispositifs de solidarité entre les travailleurs parce que les cotisations sont fixées en fonction de leur salaire jusqu'à un certain plafond pour certaines IPM, et par rapport à la catégorie socio professionnelle pour d'autres IPM. Alors que le risque maladie est également repartit entre les travailleurs.
- On assiste à un rétablissement de l'équilibre dans l'accès aux soins des travailleurs et leur famille par rapport aux autres couches de la population plus aisées.
- Ce dispositif d'assurance maladie crée un climat social favorable et une stabilité au sein de l'entreprise.
- La gestion est assurée par des personnes désignées par les représentants des travailleurs.
- Les IPM emploient un personnel qualifié et le gérant est le plus souvent recruté hors du conseil d'administration de l'IPM.
- Les IPM visent les hospitalisations, et le taux de prise en charge est élevé. L'IPM couvre la pharmacie qui représente plus de la moitié de ses charges. Le mécanisme de tiers payant intégrale est le meilleur moyen d'accessibilité financière. En plus des hospitalisations l'IPM couvre tous les soins ambulatoires, les prothèses (lunetterie, et orthopédie) la médecine de spécialité.

- Les IPM disposent en plus des moyens financiers, des moyens matériels énormes (locaux, matériels informatiques, mobiliers...) qui leurs permettent d'assurer la gestion courante des affaires.
- Le logiciel d'assurance maladie des professionnels de la santé (LAMPS) est un outil performant de gestion qui a fait ses preuves dans le milieu de certaines IPM. Il a été reconnu pour son efficacité par le BIT qui l'a recommandé à tous les autres systèmes d'assurance maladie.

En dehors de tous ces atouts, les IPM enregistrent quelques faiblesses

#### **V-4-1-2 Faiblesses des IPM**

- La gestion des IPM n'est pas uniformisée, toutes les IPM ne disposent pas du logiciel LAMPS. Une vingtaine d'IPM dispose du logiciel sur les 98 IPM fonctionnelles, ce qui différencie leur mode de gestion.
- Les travailleurs contractuels sont couverts, cela pose parfois des difficultés à l'IPM dans la confection de son budget. On assiste à une entrée et une sortie à toute période de ce type de travailleurs qui refusent d'aller à la retraite augmente les charges de l'IPM.
- Le personnel est insuffisant ; il n'est pas souvent fonction du nombre de membres. Plus le nombre de travailleurs ou le nombre d'adhérents s'accroît, augmentation du personnel ne suit pas.
- Les frais de fonctionnement sont élevés, et cela est dû à la non harmonisation des pratiques de gestion.
- Le personnel manque de formation, et cela est dû à l'absence de partenariat avec les organisations internationales, et les bailleurs de fonds.
- Absence d'un fond de garantie des IPM, et manque de suivi des pouvoirs publics.

- La couverture est limitée aux travailleurs du secteur professionnel privé, on ne peut pas l'étendre aux autres couches de la population. Les parents ascendants (père, mère, frères et sœurs...) ne sont pas couverts.

#### **V-4-2 Atouts et les faiblesses des mutuelles de santé**

##### **V-4-2-1 Atouts des mutuelles de santé**

- Les MS permettent aux populations les plus vulnérables d'avoir une couverture maladie, à travers la prise en charge des soins de santé primaires.
- Les MS s'étendent à toutes les couches de la population, même celles qui bénéficient déjà d'une protection sociale. On trouve en milieu professionnel des mutuelles de santé dites complémentaires, qui prennent en charge la partie non couverte par le système obligatoire. Comme exemple nous avons la mutuelle de FAGGU à Thiès qui prend en compte la partie non garantie par l' IPRES. Comme autre exemple on a la mutuelle des employés de SOCOIM industrie qui couvrent tous les membres de la famille non prises en compte par l' IPM. La mutuelle vient parfois en complément de l'IPM.
- Les mutuelles contribuent à l'accroissement du taux de fréquentation des structures sanitaires de base. (postes de santé, centres de santé). Ce qui crée des relations de partenariat avec ces structures de soins, à travers la signature de conventions.
- Les mutuelles favorisent le développement de l'entraide et de la solidarité des populations.
- La gestion des mutuelles est assurée par les membres eux-mêmes.
- Existence d'une volonté politique, et le développement des appuis au sein des mutuelles. Cela se manifeste par l'appui conseil, l'appui financier, la formation, la gestion des prestations, la réassurance et la garantie. Il y a aussi la signature des conventions avec les structures sanitaires.



#### **V-4-2-2 Faiblesses des mutuelles de santé**

- La faiblesse des cotisations rend faible la mobilisation des ressources.
- Le caractère volontaire de la mutuelle rend difficile le recouvrement des cotisations.
- La faiblesse du pouvoir financier des populations, ne favorise pas une augmentation des cotisations.
- Faiblesse du taux de pénétration des mutuelles, surtout en zone urbaine ne favorise pas l'extension de la couverture maladie.
- Le personnel est bénévole ne maîtrise donc pas les outils de gestion performants (logiciels informatiques)
- Absence de cadre légale et réglementaire.
- Faiblesse de sensibilisation, et de moyens humains et financiers.
- Faiblesse de la couverture médicale
- Manque de moyens matériels pour assurer une bonne gestion des mutuelles.

# DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

## **VI- DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

### **VI-1 Discussion**

#### **▪ Contribution des IPM et des MS au financement alternatif de la santé**

Les efforts entrepris pour couvrir la population sénégalaise du risque maladie ont permis de mobiliser d'énormes ressources pour le financement alternatif de la santé.

Le développement du secteur privé a vu se développer les IPM dans le milieu professionnel privé, ce qui a permis de pérenniser les investissements dans ce secteur. Les cliniques et les officines ont vu à la hausse leur chiffre d'affaires.

Dans le document colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone de l'institut de la banque mondiale, la part des IPM dans la couverture maladie est estimé à 23,51%, alors que l'Etat contribue à hauteur de 22,78% pour ses fonctionnaires.

Les IPM de ce part représentent la première source de financement de la santé.

Les MS, malgré que leur apparition ne date pas de longtemps, ont su s'implanter et jouer un rôle important dans le financement de la santé. Leur part dans la couverture maladie s'élève à 7,18% selon la même source que précédent.

Elles ont favorisé un meilleur fonctionnement des structures de soins de premier niveau.

#### **▪ Rôle des IPM et des MS sur l'équité et dans l'accès aux soins**

Il a été constaté que les IPM et les MS occupent 30,69% de la couverture maladie, mais il demeure nécessaire d'observer leur rôle sur l'équité et dans l'accès aux soins.

Au vu de nos résultats, il nous paraît évident de dire que ces deux types de structures ont rétabli une certaine équité dans l'accès aux soins. L'équité contributive n'est pas toujours vérifiée au niveau des IPM, elle n'est pas non plus assurée par les MS.

En terme d'accès aux soins, les études ont révélé que les populations qui avaient des difficultés à avoir accès à un poste de santé, ou à un centre de santé y parviennent grâce aux MS, et ceux qui avaient une couverture moyenne compte tenu de leur santé financière, accèdent à un plateau technique beaucoup plus élevé grâce aux IPM.

Ces deux types d'assurance sociale jouent un rôle important dans l'équité et dans l'accès aux soins, mais beaucoup reste à faire. La contribution des membres parfois faible constitue au

niveau des MS un frein à l'accès aux soins. Il a aussi la signature des conventions qui favorise aussi l'accès aux soins de santé, car à ce niveau, l'application d'un tarif préférentiel où le mécanisme de tiers payant intégral emmène la structure d'assurance à assurer l'accès aux soins de ses membres. En effet la MS de Ndiareme limamoulaye a connu une période de huit mois sans activités parce qu'elle avait un problème de cotisation certe, mais aucune convention n'avait été signée. La signature de conventions est capitale dans l'accès aux soins des membres de ces deux types d'assurance.

- **Les IPM et les MS dans une perspective d'extension de la couverture du risque maladie**

Il est important de noter que les IPM évoluent uniquement dans le secteur privé professionnel. Ce sont des assurances sociales. Comment pourraient-elles étendre leur couverture si leur domaine d'évolution est limité ?

Pour répondre à cette question nous devons chercher à vérifier si toutes les entreprises privées ont une IPM ou sont affiliées à une IPM.

Selon le président de l'association des gérants des IPM, le nombre de travailleurs couverts par les IPM est de 70 000 personnes.

Osseynou DIOP<sup>13</sup> dans son mémoire de fin de cycle a estimé que le secteur privé professionnel regroupait 83 000 travailleurs. Si nous partons sur cette base, il est évident qu'au moins 13 000 travailleurs ne sont pas couverts. Pour les 70 000 travailleurs couverts, le nombre d'ayants droit est de 500 000 personnes. Cela donne en moyenne par défaut 7 ayants droit par travailleur. En estimant le nombre de travailleurs à 83 000 personnes, soit 13 000 travailleurs non couverts, on se retrouve avec  $(13\ 000 \times 7) = 91\ 000$  personnes à couvrir.

L'extension de la couverture est possible dans ce cas, donc il faudra l'étendre à tous les travailleurs du secteur privé professionnel.

Il faudrait que la couverture soit effective car l'IPM peut exister et ne pas être fonctionnelle.

Les MS, quant à elles évoluent dans le secteur formel comme informel. Elles se créent à un rythme soutenu particulièrement dans le secteur formel. On assiste de plus en plus à l'implantation des mutuelles de santé dans le secteur formel, mais le secteur le plus concerné est le secteur informel à cause de la pauvreté des populations. C'est donc à juste titre que LETOURMY (2003) affirme que « indépendamment de leur impact sur les systèmes de santé,

---

<sup>13</sup> Analyse des dépenses médicales des institutions de prévoyance maladie (IPM) au Sénégal : impact du risque moral, Osseynou DIOP, Mémoire Cesag, janvier 2004

les MS représentent à priori, pour tous les groupes du secteur de l'économie informelle, un outil de lutte contre la pauvreté. »

Les MS ont un rôle important à jouer dans l'extension de la de la couverture maladie car plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et près de 90% de la population évolue dans le secteur informel. Cela demande des efforts de court et moyen terme de la part de tous les acteurs du système, car l'analyse des conditions de développement des mutuelles met en avant deux facteurs essentiels : la disposition à payer des populations et la nature de l'offre de soins ; et d'autres facteurs moins déterminants : Le rôle de l'Etat et la qualité de l'appui.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## VI-2 Recommandations

Au terme du travail fourni, il nous apparaît utile de formuler des recommandations dont l'objectif principal est de permettre le renforcement des performances des IPM et des MS pour une pérennisation de ce système de protection afin d'étendre la couverture maladie à toute la population.

Elles se formulent comme suit pour les IPM

**1° L'Etat par la tutelle**, doit s'employer à la mise en place effective de l'union technique autonome des IPM. Cette union aura pour rôle de

- Créer un fonds de garantie des IPM
- Harmoniser les pratiques de gestion
- Créer des sessions de formation
- Recouvrer certaines cotisations
- Veiller à ce que tout travailleur du secteur privé professionnel soit couvert par une IPM.

**2° Promouvoir les IPM interentreprises**, car elles sont plus aptes à couvrir les risques maladie. Elles arrivent à couvrir parfaitement leurs charges avec des frais de fonctionnements faibles par rapport aux IPM entreprises. Il ne faut donc pas obliger les entreprises de plus de cent travailleurs à créer une IPM entreprise. Il faudrait qu'on leur donne la possibilité d'intégrer une IPM de leur choix. Cela permet de réduire les charges de fonctionnement des IPM, et de permettre aux IPM non fonctionnelles d'intégrer d'autres IPM afin de renforcer leurs capacités financières, pour étendre efficacement la couverture maladie à tous les travailleurs du secteur privé professionnel.

Nous remarquons à travers l'IPM SDE où le seul adhérent peut être en difficultés financières, et cela aura un impact négatif direct sur l'IPM. Souvent le fait qu'il y ait un seul adhérent entraîne une ingérence de l'adhérent dans la gestion de l'IPM ce qui provoque une collaboration difficile entre l'IPM et l'adhérent.

La promotion du regroupement de plusieurs entreprises renforce la solvabilité de l'IPM et la rend plus compétitive dans la couverture des soins médicaux.

**3° Réduire les charges en pharmacie**

- En mettant en place une liste de médicaments dits essentiels à travers la signature d'un contrat avec les officines où la marge bénéficiaire serait réduite. Pour les

IPM étudiés, les charges en pharmacie sont énormes, elles représentent plus de la moitié des charges totales des IPM d'où la nécessité d'en réduire les frais.

- En fixant le taux de prise en charge de la prestation par plafond. C'est à dire que, plus la consommation est élevée, plus le taux de prise en charge baisse. Cela découragerait la surconsommation de cette prestation.

**4° Inciter les bénéficiaires à l'utilisation des services de soins publics**, afin de réduire les charges techniques de l'IPM et la quote part des bénéficiaires.

**5° Recruter un personnel qualifié et suffisant** pour assurer la gestion quotidienne et efficace des activités

**6° Tous les membres des instances dirigeantes des IPM doivent bénéficier des sessions de formation**, afin de mieux maîtriser tous les outils de gestion, pour une minimisation des coûts des prestations, et bon fonctionnement des IPM.

**7° Associer de manière effective les IPM aux prises de décisions en matière de santé**, afin de mieux prévenir l'augmentation du coût des soins. Aussi, faire des propositions aux autorités compétentes pour améliorer la couverture maladie.

Pour les MS, elles se formulent comme suit :

1° Les MS étudiées ont révélé la nécessité de regrouper les MS en fédération. ENDA GRAF étant la structure d'appui de ces deux mutuelles, elle pourrait les regrouper au même titre que toutes les autres MS de la commune sous sa responsabilité. Les ramener à un même taux de cotisation, et signer des conventions pour les mettre à un même niveau de couverture médicale. Cela va renforcer la surface financière de la nouvelle mutuelle fédérée, et lui permettre de résoudre les difficultés qu'individuellement les mutuelles de santé n'auraient pas réussi.

Cette recommandation est valable pour toutes les autres mutuelles. Elles seraient mieux efficaces si elles se regroupent en fédération selon leur situation géographique, leurs besoins, et l'offre de soins.

2° Les MS avec l'appui de la tutelle et des services de santé doivent mener des campagnes de vaccination gratuite, afin de sensibiliser les populations de la nécessité d'adhérer à une MS.

3° Les MS doivent organiser des journées d'adhésion, aux cours desquelles des prix seront distribués (médicaments de maison, bons de prises en charges médicales...), des témoignages seront faits par certains membres.

4° Créer une cellule ou un comité de marketing composé par une dizaine de membres avec à la tête un responsable pour vendre l'image de la MS.

L'adhésion étant volontaire, il faut passer par des moyens de proximité pour emmener les populations à adhérer et à payer leurs cotisations.

5° Le programme d'appui aux mutuelles de santé (PAMS) du CAMICS doit renforcer le tissu mutualiste par l'appui à la création des MS autour de chaque poste de santé, centre de santé, et hôpital après avoir signé des conventions avec ces structures de soins.

6° La mise en place d'un projet national d'étude opérationnelle pour déterminer les facteurs favorisant le développement des MS dans chaque région.

7° Renforcer les capacités gestionnaires des acteurs des mutuelles de santé.

8° Adapter les cotisations aux entrées de revenus des membres.



## CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre travail, il est nécessaire de rappeler les objectifs que nous nous sommes assignés. L'objectif principal était de trouver des moyens pour renforcer les performances des Institutions de prévoyance maladie et des mutuelles de santé afin d'étendre la couverture maladie à toute la population non couverte. Pour y arriver nous avons utilisé des outils d'évaluation et d'analyse qui ont permis de dresser le tableau de la situation actuelle de ces deux types d'institutions.

Les IPM ont montré qu'ils constituent une source importante de financement alternatif de la santé. Ils mobilisent plus du quart des ressources consacrées à la santé.

Cependant ils ne garantissent qu'une couverture partielle des frais médicaux, ce qui peut entraîner une baisse de consommation chez certains travailleurs à cause du remboursement de la quote part.

Ils ont pu rétablir une équité entre les populations couvertes et les autres couches de la population plus aisées, en terme d'accès aux soins. Néanmoins il faut souligner que cette source de financement de la santé à des améliorations importantes à faire, dans le souci de se pérenniser. Les IPM doivent maîtriser leurs coûts afin d'adapter les recettes aux charges.

La capacité de recouvrement des cotisations et des créances doit être maintenue et même améliorée pour éviter d'accumuler des dettes. Cela va permettre de mieux assurer la couverture en frais médicaux des membres.

Enfin le législateur doit contribuer à la mise en place effective de l'UTA afin que toute la population concernée par les IPM soit couverte, c'est à dire tous les travailleurs des entreprises privées, et par la même occasion chercher à accroître la couverture à la Prévoyance. En ce qui concerne les mutuelles de santé, l'extension de la couverture est beaucoup plus visible, car les MS ont la possibilité de s'étendre dans tous les secteurs d'activités. Mais il faut chercher à pallier le problème de mobilisation de ressources. Cela impose une volonté politique aigüe, et une confiance des ONG et des bailleurs de fonds. Mais au delà de tout, il faudrait que les populations aient la culture mutualiste, elle facilitera l'implantation des mutuelles de santé sur toute l'étendue du territoire national.

# BIBLIOGRAPHIE

## BIBLIOGRAPHIE

- 1-AMINATA SOW: Banque des données sur les mutuelles de santé en Afrique : Sénégal ; rapport préliminaire, rapport d'activité PROMUSAF/ SENEGAL, Plan d'action 2002
- 2-ANMC-WSM/ BIT-ACOPAM :  
Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à usage des Promoteurs, Administrateurs, et Gérants, Dakar 1997.
- 3- A. P. CONTANDRIOPOULOS : Savoir préparer une recherche La définir, la structurer, le financer 1990
- 4- APLOGAN Denise : Analyse critique de la viabilité du projet couverture maladie au Gabon, Mémoire CESAG, M0075DSES04, Août 2004
- 5- ATIM Chris : Contribution des mutuelles de santé au financement à la fourniture et À l'accès aux soins de santé : Synthèses des travaux de recherche Menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre. BIT/STEP/PHR /ANMC/WSN
- 6- A. LETOURMY: International symposium on solidarity and social protection in Developing countries,  
Les mutuelles de santé en Afrique de l'ouest, Turin, Italie  
23- 25 avril 2003
- 7- BIT, SECTEUR PROTECTION SOCIAL, GENEVE  
Une protection sociale pour les populations rurale ; besoins, Contraintes, possibilités
- 8- BOYER.S, DELESVAUX. C, FOIRRY.JP, C PRIEUR  
Le risque maladie dans les assurances sociales, bilan et perspectives  
Dans les PVD, septembre 2000.
- 9- CAMICS : Document sur la présentation de la cellule d'appui aux mutuelles de santé IPM et comité de santé.
- 10- GOTZ Huber, JURGEN H, KIRSTEN R : Mutuelles de santé- cinq années D'expérience en Afrique de l'ouest, débats, controverses et solutions  
Par GTZ 2003
- 11- H. LAFARGE : Analyse des dispositifs de financement des systèmes de santé :  
Cours DSES/ ISS CESAG 2004
- 12- INVENTAIRE DES MUTUELLES DE SANTE,  
Un travail de recherche dans onze pays de l'Afrique de l'ouest Et du centre, AOUT 2004

- 13- KABA Madigbé :** Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle au sein D'une structure de micro finance : Cas de l'association Ndadje des Femmes de Yeumbeul, Mémoire CESAG, M0043DSES03, Mai 2003
- 14- KODJO Niamké Ezoua:** Analyse de facteurs déterminants la viabilité des institutions De prévoyance maladie (IPM) au Sénégal, Mémoire CESAG MOO17DSES02, novembre 2001
- 15-MASSIOT N :** Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au Financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal  
USAID/ PHR; BIT /ACOPAM, ANMC, WSM
- 16- M. Diop. DIALLO, B.DIONGUE, A. WADE**  
Document colloque sur couverture du risque maladie en Afrique Francophone ; Paris 26- 30 avril 2004
- 17- MIPES :** (Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale)  
Regards sur la couverture maladie universelle 2004
- 18- B. DAFF, O. DIOP :**  
Assurance maladie sociale et mutualité en Afrique : Cours DSES/ ISS, CESAG 2004
- 19- O. DIOP :** Analyse des dépenses médicales des IPM au Sénégal, impact du risque Moral, Mémoire CESAG, M0057DSES04, janvier 2004
- 20- SENGHOR et Col :** Situation actuelle des IPM et réflexion sur l'amélioration de L'assurance maladie au Sénégal, Commission social/ Conseil National du patronat Sénégal, 1996
- 21- TRAINAR P :** Couverture des risques sociaux dans les pays en transition : la place De l'assurance, septembre 2003
- 22-VALERY RIDE :** Les mutuelles de santé en Afrique : Pérennité et accès aux soins
- 23-WADE Mamadou :** Panorama de la mutualité au Sénégal, Décembre 1999.
- 24- W. N'DIAYE, C THIAM :** Le système de protection social au Sénégal : situation Actuelle et perspectives, Fondation Friedrich Ebert septembre 1996

# ANNEXES

## **Annexe n°1 : Glossaire**

Cette annexe comporte la définition de quelques concepts employés dans la rédaction du mémoire. Les différentes définitions sont issues de la synthèse des documents utilisés pour la recherche documentaire.

**Adhérent** : C'est une personne physique ou morale qui s'affilie à une assurance ou à une mutuelle tout en s'engageant à respecter les statuts, le règlement intérieur et à verser ses cotisations. Il peut ouvrir le droit aux services de l'assurance ou de la mutuelle de santé à un certain nombre d'individus dépendant directement de lui appelés « personnes à charge » ce sont généralement l'épouse et les enfants jusqu'à un certain âge.

**Assurance maladie obligatoire** : il s'agit d'un système légal et obligatoire de prise en charge des dépenses de santé d'un individu, dans le cadre d'un régime de sécurité sociale organisé par l'Etat, et financé par des cotisations sociales obligatoires prélevées proportionnellement au salaire.

**Ayant droit** : Personne qui sans être membre de l'assurance ou de la mutuelle, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec celui qui a contracté l'assurance.

**Bénéficiaires** : l'ensemble des personnes qui bénéficient des services du régime d'assurance : adhérents et leurs ayants-droit pour les mutuelles de santé, participants et leurs ayants droits pour les IPM.

**Mutuelle de santé complémentaire** : c'est une mutuelle qui prend en charge des dépenses de santé non couverte par le régime de sécurité sociale. **Période d'attente** : période pendant laquelle un nouveau membre paie ses cotisations sans bénéficier de prestations. Elle a pour but d'éviter que des personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où ils tombent malades.

**Période d'attente** : période pendant laquelle un nouveau membre paie ses cotisations sans bénéficier de prestations. Elle a pour but d'éviter que des personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où ils tombent malades.

**Personnel bénévole** : Personne qui ne perçoit aucune rémunération, mais le bénévolat n'exclut pas le versement d'indemnités journalières ( jetons de présence, indemnité de transport ou de repas.)

**Précompte** : prélèvement sur salaire des cotisations ; retenue à la source.

**Principe d'assurance ou de prévoyance** : principe selon lequel on se prémunit contre un risque en versant régulièrement des cotisations (ou primes) sans contre partie automatique : la prestation n'est délivrée que lors de la réalisation du risque.

**Ticket modérateur** : C'est la quote part ou le pourcentage fixe des frais médicaux que doit prendre en charge le malade. C'est la différence entre le prix de la prestation et le remboursement du régime d'assurance contracté par le membre.

**Tiers payant intégral** : C'est le système de remboursement des prestataires qui évite à l'adhérent ou au membre d'une assurance de faire une avance partielle ou totale des frais de santé. Le malade a accès aux soins sans payer immédiatement le fournisseur. L'assureur paye la prestation sur présentation de la facture.

**Protection sociale** : C'est le dispositif qui permet de garantir une population donnée contre les risques sociaux.

**Principe d'entraide** : Il s'agit d'une forme de solidarité dans laquelle les personnes mobilisent leurs ressources lorsqu'un événement survient au sein d'un groupe. C'est une aide ponctuelle où la notion de prévoyance n'intervient pas.

**Risque moral** : Le risque moral (*moral hazard*) réside dans le recours excessif aux prestations couvertes par l'assurance, qui peut être déclenché tant par la demande que par l'offre. Le problème fondamental qui se pose à l'assureur réside dans la plupart des cas au niveau des informations sur les clients qui le plus souvent sont incomplètes

**Sélection adverse :** Il s'agit d'une situation d'asymétrie d'information, c'est-à-dire une situation dans laquelle l'assurance dispose dans la signature d'un contrat d'assurance de plus d'informations que le client sur sa situation avant la signature du contrat. Le client manquant d'informations sur la transaction pourra alors choisir le contrat le plus désavantageux

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**Annexe n°2 Répartition des mutuelles de santé sur toute l'étendue du territoire national  
Sénégalais**

REGIONS	STADE DE DEVELOPPEMENT			
	Mutuelles de santé fonctionnelles	Mutuelles de santé en période de capitation	Mutuelle de santé en phase de recrutement	TOTAL
DAKAR	35	4	5	44
DIORBEL	6	0	6	12
FATICK	4	2	0	6
KAOLACK	20	6	0	26
KOLDA	1	1	0	2
LOUGA	1	0	0	1
SAINT LOUIS	6	1	5	12
TAMBACOUNDA	7	1	0	8
THIES	18	3	3	24
ZINGUINCHOR	4	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>139</b>

Source : Document, présentation des mutuelles de santé au Sénégal, CAMICS, 2000.

**ANNEXE n° 3 : Questionnaire d'enquête auprès des gestionnaires d'IPM et de MS**

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES GESTIONNAIRES**

**Enquête auprès des gérants**

Nom de l'enquêteur.....  
Nom de la structure.....  
Adresse / tel.....

Date :...../...../.....

**NATURE DE LA STRUCTURE**

- 1- Quelle est la nature de la structure ?  
a- IPM                       b- Mutuelle de santé                       c- Autre à préciser
- 2 a- Si la structure est une IPM  
Quelle est le type                      a- IPM entreprise                       b- IPM inter entreprise
- 2 b Si la structure est une mutuelle  
Quel est le type                      a- Au premier franc                       b- Complémentaire

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

- 3- Quelle est la date de création de votre structure ? ...../...../...../  
4- Quelle est la date du démarrage des activités ...../...../...../

**CARACTERISTIQUES DES ASSURES**

- 5- Quelle est le nombre d'adhérents ou participants ?  
6- Quel est le nombre d'ayants droit par participant ?  
7- Quel est le nombre de bénéficiaires ?  
8- La structure prend en compte toute la famille ?                      a- OUI                       b- NON   
9- Si non, quel est le nombre de personnes prises en charge par famille : .....

**FINANCEMENT DE LA STRUCTURE**

- 10- Quel est le montant de la cotisation mensuelle de la mutuelle ?.....FCFA  
11- Quel est le montant total des cotisations annuelles

Prévues par la mutuelle ? .....FCFA

12- Quel est le montant total des cotisations annuelles versées par Les adhérents (entreprise) pour L'IPM ? .....FCFA

13- Quel est le montant total des cotisations annuelles versées par Les participants ? (Travailleurs) pour L'IPM .....FCFA

14- La structure bénéficie t-elle ?  
a- De subvention(s) ?  
-De quel montant ? .....FCFA  
-D'ou provient il ?.....

b- De services gratuits ?  
- Sous quelle forme ?.....  
- Quelle est la valeur monétaire.....FCFA  
- De qui proviennent ils ?.....

15- Existe il un fond de réserve ? OUI  NON   
Si oui quel est le montant .....FCFA

### MODALITE DE PRISE EN CHARGE

16- Quel est le mécanisme de prise en charge ?

- a- Tiers payant intégral ?
- b- Tiers payant partiel ?
- c- Tiers garant ?

17- Quelles sont les modalités de prise en charge ?

- a- Un ticket modérateur   
Quel est le montant ou taux du ticket modérateur .....FCFA
- b- Un plafond de prise en charge ?   
Quel est le niveau du plafond ? .....FCFA
- c- Une franchise   
Quel est le montant de la franchise .....FCFA

18- Quel est le mécanisme de paiement des prestataires ?

- a- Paiement à l'acte
- b- Capitation
- c- Budget global
- d- Paiement par épisode de maladie
- e- Par le salaire
- f- Par indemnité journalière
- g- Autre à préciser .....

19- La structure exploite t-elle à son compte, des établissements sanitaires ?

- a- Hôpital
- b- Centre de santé
- c- Autre à spécifier.....

20- La structure dispose d'une liste des prestataires agréée ?

- a- OUI
  - b- NON
- Si Oui, quels sont les critères de choix des prestataires agréer ?

.....  
.....  
.....

### LES DEPENSES DE LA STRUCTURE EN 2004

- 21- Quel est le montant total des charges de la structure ? .....FCFA
- 22- Quel est le montant total des dépenses de santé ? .....FCFA
- 23- Quel est le montant total des charges de fonctionnement? .....FCFA
- 24- Quel est le montant des charges non recouvrées en fin d'exercice? .....FCFA
- 25- Quel est le montant des quote part non recouvrées en fin d'exercice ? .....FCFA
- 26- Les cotisations sont elles versées régulièrement par l'adhérent ?  
a- OUI  b- NON   
Si non , pourquoi ?.....  
.....
- 27- Quel est le temps maximum dont dispose le cotisant pour reverser à la structure sa quote part ?.....
- 28- Ce délai est il respecté ?  
a- OUI  b- NON   
Si non quelles sont les sanctions ?.....  
.....
- 29-Quels est le montant des créances irrécouvrables ?.....FCFA
- 30- Quelles sont les raisons de cette perte ?.....  
.....
- 31- Les cotisations arrivent elles à couvrir l'ensemble des charges ?  
a- OUI  b- NON   
Si non, pourquoi ?.....  
.....
- 32- Dans ce cas, que faites vous ou que comptez vous faire pour obtenir l'équilibre financier ?.....  
.....

### LES MECANISMES DE CONTROLE

- 33- Quel est le mode d'identification des bénéficiaires ?  
a- Un carnet de santé  b- Un numéro matricule   
c- Une carte de bénéficiaire  d- Des photos   
e- Pas de mécanisme d'identification  e- Autre
- 34- L'identité du bénéficiaire est elle vérifiée par les prestataire avant toute fourniture de soins ?  
a- OUI  b- NON
- 35-Avez – vous identifié des cas de fraudes ?

a- OUI

b- NON

36- Si oui, quels sont les auteurs de cette fraude ?

a- Les ayants droit

b- Les adhérents

c- Les participants

d Les prestataires

e- Les membres des instances dirigeantes

f- Autre

37- Quel est le nombre total de cas de fraude identifiés ? .....

38-A combien est estimé les pertes dues à la fraude ?.....FCFA

39- Quelles sont les sanctions prises à l'endroit des fraudeurs ?.....

40-Comment se fait le contrôle des prestataires ?

a- Par les instances dirigeantes de la structure

b- Par un médecin conseil

c- Aucun mécanisme de contrôle

d- Autre à préciser

41- Quelles sont les dispositions de la structure pour lutter contre les fraudes ?

### ORGANISATION ET GESTION DE LA STRUCTURE

42-Quel type de personnel emploie la structure ?

a- Qualifié

b- Bénévole

43- Le gérant de la structure est

a- Elu

b- Nommé

44 a- Si élu , par qui.....

44 b- Si nommé, par qui.....

45- Quel est le nombre total de personnes employées par la structure .....

46 – La structure dispose d'un fonds de garantie ?

a- OUI

b- NON

Si oui, comment ce fonds est alimenté ?.....

48- Quels sont les organes de la structure ?.....

49- Tous les organes de la structure fonctionnent –ils correctement ?

a- OUI

b- NON

50- Si non pourquoi ?.....

.....  
51- Votre structure entretient- elle des relations avec d'autres organismes ?

a- OUI

b- NON

52- Si oui, quels sont ces organismes.....  
.....  
.....

53- Quel est la nature de ces relations.....  
.....  
.....

54- En cas de contentieux, quels sont les mécanismes de règlement auxquels la structure fait Recours ?  
.....  
.....  
.....

55- Le personnel bénéficie t- il de formation ?

a -OUI

b- NON

56 a- Si oui, quels sont les organismes formateurs ?.....  
.....  
.....

56 b Si non pourquoi.....  
.....  
.....

57- Avez vous connus des difficultés, ayant ralenties par le passé vos activités

a- OUI

b- NON

58- Si oui , quelle était la nature de vos difficultés ?.....  
.....  
.....

59- Quelles ont été les solutions préconisées pour sortir de ces difficultés.....  
.....  
.....  
.....  
.....

60-Quelles sont les difficultés actuelles que vous rencontrez ?.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

61- Que comptez vous faire pour surmonter les difficultés actuelles..  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....