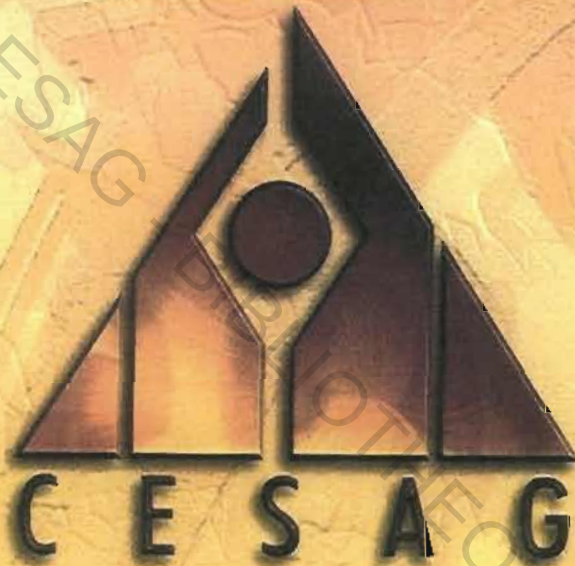


INSTITUT SUPERIEUR DE LA SANTE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES EN ECONOMIE DE LA SANTE

THEME :

Evaluation de la viabilité des mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de microfinance : étude de cas de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS



Présentée par :

SALL FATIMATA COUMBA

Avril 2008

Bibliothèque du CESAG



108403

MAITRE DE MEMOIRE :

Dr MAMADOU DAFF

Professeur d'assurance
Maladie au CESAG
Economiste de la santé

Mr MBAYES SENE

Maître en sciences sociales
point focal assurance maladie
au ministère de la santé

M0135DSES08



Sommaire

Dédicaces.....	i
Remerciements.....	ii
Sigles et Abréviations.....	iv
Tableaux.....	v
I – Introduction Générale	3
II - Cadre conceptuel	6
2.1. Problématique.....	7
2.2. Objectifs	12
2.3. Hypothèse.....	13
III. Cadre contextuel.....	14
3.1. Aspects systémiques.....	15
3.1.1. Politique sanitaire	15
3.1.2. Indicateurs socio-sanitaires	19
3.2. Couplage micro assurance–micro finance.....	21
3.2.1. Définition	21
3.2.2. Etat des connaissances	21
3.3. Présentation de la MS-PAMECAS	27
3.3.1. Historique	27
3.3.2. Organisation du système	34
3.3.3. Population cible.....	35
3.3.4. Services couverts (paquets de bénéfice).....	38
3.3.5. Le cadre institutionnel et organisationnel	40
IV- Cadre opérationnel.....	44
4.1. Définition du concept de la viabilité	45
4.2. Stratégie de recherche	47
4.3. Méthodologie	48
V- Présentation & Analyse des résultats	53
5.1. Viabilité fonctionnelle.....	54
5-2- La viabilité technique	60
5-3 Viabilité institutionnelle.....	61
5.4. La viabilité financière.....	65
5.5. Viabilité économique	73
5.6. L'efficacité du système	74
VI – Points forts & Points faibles.....	75
VII- Conclusions & Recommandations.....	81

Annexes.....I
Bibliographie.....II
Guides d’entretien.....IV

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACES

A mes parents

A mes nièces et neveux

A tous mes amis

Remerciements

A **Monsieur Aboubacry Fall**, coordonnateur de la CAFSP du ministère de la santé et de la prévention.

Nous avons trouvé en vous un grand maître par votre sagesse, votre savoir-faire et votre rigueur scientifique et votre disponibilité totale à chaque fois que nous faisons appel à vous. Malgré votre emploi du temps très chargé, vous nous avez toujours guidé, conseillé et facilité l'accès à la documentation pour nos recherches. Merci de m'avoir encadré.

A **Monsieur François Pathé Diop** de l'USAID

Vous avez guidé nos premiers pas dans cette étude et nous avons trouvé en vous l'humilité et la rigueur scientifique qui font de vous un homme scientifique d'un niveau de productivité élevé. Je ne saurais vous remercier assez.

A **Monsieur Mbaye Sène**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail. Votre rigueur méthodologique et votre disponibilité constante et tous les sacrifices consentis ont largement contribué à la qualité de notre travail de recherche. Merci de m'avoir encadré.

A **Monsieur Mamadou Bocar Daff**

Vos conseils, votre rigueur scientifique ont largement contribué à la réussite de ce travail. Merci d'avoir accepté d'être notre directeur de mémoire.

A **Monsieur le professeur Chris Atim**

Nous avons découvert en vous la modestie, la disponibilité car vous n'avez ménagé aucun effort pour faciliter l'accès à la documentation. Merci

A **Monsieur le professeur Hervé Lafarge**

Vous avez guidé nos premiers pas dans nos recherches. Votre disponibilité, vos analyses objectives et vos conseils nous ont énormément rassurés dans les moments difficiles.

A **Monsieur le professeur El Hadj Guèye** : chef de département de l'ISMS

Votre rigueur scientifique, tous vos conseils nous ont beaucoup aidé durant la formation, vous nous avez guidé depuis notre arrivée au CESAG.

A **Monsieur Amani Koffi** : directeur de l'ISMS

Pour tous vos conseils.

A Monsieur Moustapha Thiam

A Monsieur Yazi

A Monsieur Sakho

A tout le corps professoral

A l'ensemble du personnel du CESAG.

A Mme Fatimata Guèye et Mme Aissatou Lô : assistantes à l'ISMS.

A tout le personnel de l'UM-PAMECAS

A tout le personnel de la MS-PAMECAS

Mme Ndiaye coordinatrice de la MS-PAMECAS

Mr Massamba Samba : responsable du suivi évaluation à la MS-PAMECAS

Mme Daba Zoumarou: gestionnaire comptable de la MS-PAMECAS

Vous n'avez ménagé aucun effort pour me faciliter l'accès à la documentation.

A l'ensemble du personnel de la CAMICS du ministère de la santé et de la prévention

A l'ensemble des stagiaires de la 9^{ème} promotion du DSES, DSGS, DSSS.

A Madame Cissé secrétaire de direction

Pour son aide technique à la confection du document final.

Sigles et abréviations

AG : assemblée générale

ASC : agent de santé communautaire

BIT/STEP : bureau international du travail...

CA et CS : conseil d'administration et conseil de surveillance

CAFSP : cellule d'appui au financement de la santé et du partenariat

CAMICS : cellule d'appui aux mutuelles de santé et comités de santé

CPN : consultation prénatale

DTC : diphtérie tétanos coqueluche

EPS : établissement public de santé

GTZ : organisation de développement allemande

IDE : infirmier d'état

IMF : institutions de microfinance

IPM : institution de prévoyance maladie

MECIB : mutuelle d'épargne et de crédit d'Icotaf Boubess

MS : mutuelle de santé

MS-PAMECAS : MS pour le partenariat des mutuelles d'épargne et de crédit....

OMS : organisation mondiale de la santé

PHR Plus: partners health of reform plus

SNIS: service national de l'information sanitaire

UM-PAMECAS: union des mutuelles du partenariat pour la mobilisation de l'épargne et du crédit au Sénégal

Liste des tableaux

Tableau n°I : infrastructures sanitaires par habitant selon les normes de l'OMS.....	18
Tableau n°II : indicateurs socio sanitaires.....	19
Tableau n°III : étude de cas de micro assurance recensé.....	24
Tableau n°IV : hypothèse1 schéma de contribution au financement de la MS.....	31
Tableau n°V : hypothèse2 schéma de contribution au financement de la MS.....	32
Tableau n°VI : nombre de caisses par zone.....	38
Tableau n°VII : récapitulatif des opérations d'adhésions.....	41
Tableau n°VIII : niveau de formations des agents.....	42
Tableau n°IX : indicateurs et variables à l'étude.....	45
Tableau n°X : évolution du nombre des adhérents.....	54
Tableau n°XI : évolution du nombre des bénéficiaires.....	55
Tableau n°XII : nombre moyen de bénéficiaires.....	56
Tableau n°XIII : niveau de formation des agents.....	60
Tableau n°XIV : rencontre des organes en 2006 et 2007.....	61
Tableau n°XV : évaluation de la fonctionnalité des organes.....	62
Tableau n°XVI : liste des prestataires en 2006 et 2007.....	63
Tableau n°XVII : contribution des structures d'appui.....	64
Tableau n°XVIII : taux de recouvrement.....	65
Tableau n°XIX : ratios de sinistralité en 2006 et 2007.....	68
Tableau n°XX : répartition des dépenses en prestation	70
Tableau n°XXI : répartition des dépenses par acte.....	71
Tableau n°XXII : fréquence réelle d'utilisation des services.....	74
Tableau n°XXIII : synthèse des points forts et faibles.....	76

I – Introduction Générale

Au cours des dernières années, on assiste dans plusieurs pays notamment en Afrique de l'ouest, à la volonté de certaines organisations de combiner des activités de micro finance et de micro assurance santé.

La problématique de la micro finance est largement développée depuis de nombreuses années, celle de la micro assurance santé est, quant à elle, émergente. En effet, face à l'implantation de la « politique de recouvrement des coûts » dans le domaine de la santé notamment en Afrique de l'ouest la mise en place de systèmes payants dans l'accès aux soins tant primaires que secondaires, se pose la question de l'accès au soins pour toute une partie de la population.

Dans ce contexte, la mise en place d'un dispositif d'assurance santé en faveur des populations économiquement faibles constitue un moyen de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale car elle favorise un plus large accès des populations aux soins de santé.

Compte tenu de certaines similitudes notamment du point de vue de la cible des bénéficiaires, les différents acteurs sociaux concernés par ces problématiques se posent la question de la pertinence du couplage entre la micro assurance santé et la micro finance.

Le mouvement mutualiste au Sénégal se caractérise aujourd'hui par un développement de plus en plus important. Aussi bien dans la micro finance que la micro assurance santé, on note un réel regain d'intérêt lié d'abord au dynamisme des populations au niveau local, ensuite la contribution d'organismes d'appui et puis l'encadrement de l'Etat.

Au Sénégal, il existe à côté des mutuelles de santé communautaires, des mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de micro finance.

Entre autres mutuelles de santé issues de couplage, la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS constitue un exemple et semble répondre aux besoins de la population dans l'accès aux soins.

Le défi majeur pour cette mutuelle de santé est d'atteindre une couverture acceptable de leur population cible. Cette condition associée à un taux de recouvrement satisfaisant des cotisations constituent des préalables.

Notre travail de recherche consiste à évaluer la viabilité de cette mutuelle de santé afin de proposer des stratégies dans la perspective de promouvoir ce type de système.

Ainsi le plan de notre étude va s'articuler en six (6) parties :

Après avoir décrit le cadre conceptuel, nous allons décrire le contexte dans lequel s'inscrit notre étude et définir le cadre opérationnel.

Ensuite nous allons présenter et analyser les résultats de notre enquête puis dégager les points forts et les points faibles.

Enfin nous allons conclure et formuler des recommandations à l'issu de notre étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II - Cadre conceptuel

2.1. Problématique

Les conceptions et les politiques en matière de financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu ont connu des évolutions notables depuis plus de vingt ans. Aux principes de la conférence d'Alma Ata qui postulait la gratuité des soins de santé primaire sur financement des ressources publiques, a succédé une décennie plus tard le paradigme de l'« Initiative de Bamako ». Il prenait acte des contraintes budgétaires existantes et introduisait la notion de participation financière des usagers pour contribuer au fonctionnement des structures de santé dans une logique de cogestion communautaire.

L'initiative de Bamako et plus généralement la stratégie de participation des usagers qui s'est implantée au cours des dix dernières années, a permis de renforcer la crédibilité de l'offre de soins.

Cependant cette approche a atteint ses limites pour une population qui reste peu solvable dans des économies où les échanges sont faiblement monétarisés.

Il est difficile d'affirmer que ce mode de financement apporte à lui seul une garantie d'efficience du système de santé.

Après les indépendances, les états ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grosse part du coût des soins. Il se pose un énorme problème d'accès financier. (Guide d'introduction des MS)

Au Sénégal, cette situation pèse plus lourdement sur les acteurs du secteur informel qui constituent une partie importante par rapport à la population active.

Ceci rend la population vulnérable face à des risques de maladie dont la probabilité croît avec la dégradation du cadre de vie. Le privilège dont bénéficie une minorité de la population en matière de couverture face aux risques de maladies et ses corollaires, se perçoit en terme de prise en charge à travers un mécanisme organisé au sein de l'Etat et des Institutions de Prévoyance Maladies (IPM) ainsi que la vente de services par les compagnies d'assurance privées.

L'émergence des mutuelles de santé semblait être une solution. Mais, à l'état actuel de leur développement, les mutuelles de santé n'attirent pas une base d'adhésion suffisante par manque d'identification des besoins prioritaires des adhérents

potentiels, de leurs choix de prestataires de soins ou de leurs particularités économiques, sociales ou culturelles.

Les ressources mobilisées sont modestes et limitées par :

- le faible montant de la cotisation,
- le faible taux de recouvrement des frais,
- le faible taux de couverture
- une faible capacité de marketing...

Selon les études de faisabilité menées, les populations sont souvent intéressées et ont la volonté de payer un taux de cotisation défini, mais lorsqu'il s'agit de collecter ces cotisations, nombreux sont les ménages qui ne payent pas ou qui payent en retard.

Aussi, les mutuelles rencontrent-elles un certain nombre de problèmes qui sont généralement :

- Le faible taux de recouvrement des cotisations
- Le manque de formation des gestionnaires qui officient pour la grande majorité dans le bénévolat
- le déficit en communication
- Le faible taux d'adhésion
- L'insuffisance du cadre juridique
- Les relations avec les prestataires
- La surconsommation ;...

Face au développement des systèmes d'épargne et de micro crédits, une partie importante de la population qui ne bénéficie pas de protection sociale, trouve accès aux systèmes de micro finance pour initier des activités génératrices de revenu. Cependant, force est de constater que face à la maladie, les crédits octroyés aux populations courent un risque, celui d'être détourné de leur objectif qui est de financer les activités économiques.

Pour pallier ces problèmes, il a été mis en place à travers le pays des mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de micro crédit (MS de PAMECAS, MS de « WOYAFAL PATHIE » de Kaolack...) à côté de ces mutuelles de santé qui sont au nombre de 128 au total (source ministère santé 2006).

Face à la dynamique de ces nouvelles formes d'assurance santé issues du couplage, il nous paraît important de mener une réflexion approfondie sur l'évolution de ces nouvelles formes de systèmes d'assurance maladie.

Ces nouvelles formes d'assurance ont-elles un effet sur le taux de recouvrement des cotisations ?

Est-ce que le couplage de la mutuelle de santé/institutions de microfinance favorise l'augmentation de la base d'adhésion des membres ?

Le couplage micro finance et micro assurance santé n'augmente-t-elle pas les risques que peut présenter une mutuelle de santé ?

Pour répondre à ces questions, nous allons évaluer la viabilité d'une de ces mutuelles de santé notamment la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS qui a été mise en place en janvier 2006.

GESAG - BIBLIOTHEQUE

Pertinence du sujet

Nous allons aborder cette pertinence sous trois angles :

- pertinence scientifique
- pertinence politique
- pertinence économique et sociale

a. Pertinence scientifique

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

- susciter une réflexion collective sur la contribution des mutuelles de santé issues du couplage pour l'amélioration du bien être de ces membres ;
- proposer des stratégies dans la perspective de promouvoir ce type de système.

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

Elle est nécessaire pour le développement des relations de l'organisation avec les partenaires, avec les banques notamment.

b. Pertinence politique

Les difficultés rencontrées par les populations du secteur informel ayant de faibles revenus pour accéder aux soins de santé constituent une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics du Sénégal. Pour améliorer cette situation, le ministère s'est engagé depuis 1996 dans une politique de développement de la mutualité, sur un double plan quantitatif et qualitatif.

Les objectifs d'ordre quantitatif visent à augmenter le nombre de mutuelles de santé au Sénégal mais aussi à élargir leur base d'adhésion relativement restreinte à l'heure actuelle.

En terme plus qualitatif, les objectifs prioritaires consistent à réunir les conditions pour assurer la viabilité financière des mutuelles de santé et accroître leurs capacités à

répondre aux besoins des populations en matière d'accès et de financement de la santé (M. Sène 2000).

Les conclusions tirées de notre étude sur l'évaluation de la viabilité des mutuelles de santé issue du couplage avec des institutions de microfinance, pourraient contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

c. Pertinence économique et sociale

Une diversification vers des produits complémentaires d'assurance peut d'emblée être séduisante pour une institution de microfinance.

En effet l'avantage des nouvelles formes de micro assurance santé est la bancassurance : l'institution de micro-assurance santé (IMAS) s'appuie sur une institution de micro finance (IMF) pour la diminution des frais généraux (partage des locaux, de la tenue de la comptabilité...).

L'IMF obtient ainsi un surplus d'activité facturable à l'IMAS et de surcroît peut sécuriser une partie de ses crédits contre les aléas de ses emprunteurs.

L'autre avantage est la résolution des problèmes de santé du membre et de son entourage par l'accès aux soins de santé.

2. 2. Objectifs

Objectif général

Evaluer la viabilité des mutuelles de santé issues du couplage avec des institutions de microfinance.

Objectifs spécifiques

- Analyser le mode de fonctionnement et de gestion de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS ;
- Analyser le niveau de viabilité financière, économique et institutionnelle de la mutuelle de santé.

2.3. Hypothèse

Le couplage microfinance micro-assurance santé a un effet positif à court terme sur la viabilité de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III. Cadre contextuel

3.1. Aspects systémiques

3.1.1. Politique sanitaire

Le droit à la santé est inscrit dans la constitution qui stipule de l'article 17 que «l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille».

La volonté politique affichée par l'Etat du Sénégal se traduit par une série de mesures tendant toutes à une meilleure déconcentration du secteur, dans l'équité, pour rendre accessible les services socio sanitaires de base à toute la population.

Le Sénégal a institué les soins de santé primaires comme base de sa politique de santé suite à la conférence mondiale de Alma Ata en 1978 qui a instauré la participation des populations à l'effort de santé. Cependant il existait déjà une organisation des soins de santé de base en faveur de la réforme Administrative et locale de 1972, première étape de la décentralisation.

La participation des populations à l'effort de santé est réglementée à travers le décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités.

Ainsi, plusieurs réformes et initiatives dans le domaine du financement de la santé, vont contribuer à créer un environnement favorable au développement sanitaire.

i. Organisation du système sanitaire

Le système de santé est organisé, selon les recommandations du bureau régional de la région Afrique de l'OMS, à trois niveaux avec une structuration pyramidale qui comprend :

- Au sommet, un niveau central comprenant le cabinet ministériel, les directions, les services nationaux formulant les orientations et politiques de santé et les hôpitaux nationaux.
- A l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé région médicale traduisant les politiques nationales en stratégies régionales.

- A la base, un niveau périphérique appelé district sanitaire constitué de centres de santé supervisant les postes et cases de santé et les maternités rurales pour la mise en œuvre des activités.

a- Niveau central

Il comprend le cabinet du ministère, le secrétariat général, les directions et les services rattachés et les hôpitaux ou établissements publics de santé (EPS).

b- Région médicale

Elle correspond à la région administrative et a pour mission de :

- assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ;
- organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé ;
- assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification ;
- organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire ;
- assurer l'appui aux activités des districts sanitaires ;
- assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.

Chacune des onze régions médicales est dirigée par un médecin chef de région placé sous l'autorité administrative du gouverneur de la région, qui est le représentant du Président de la République et de tous les ministres dans la région.

c- District sanitaire

Le district sanitaire constitue une subdivision sanitaire proche des populations et est placé sous la responsabilité du médecin chef. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Dans la pyramide sanitaire, le district sanitaire occupe une place importante car c'est à ce niveau dit opérationnel que s'exécutent beaucoup de programmes de santé de façon intégrée.

Le médecin chef de district dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale et d'un superviseur de l'EPS.

Le district comprend entre 5 et 45 postes de santé urbains ou ruraux, dirigés par un infirmier Chef de poste, et constituant la structure sanitaire de base qui couvre une population comprise entre 5713 et 20415 habitants. Le poste de santé rural polarise un réseau de cases de santé et maternités rurales gérées par des ASCs et des matrones.

Les structures relevant de l'armée comprennent aussi des hôpitaux et des services médicaux de garnisons qui contribuent à l'offre de services de santé pour les populations.

ii. Le système de référence

La référence pose quelques problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les facteurs évoqués sont surtout liés à la prise de décision, au transport et à la disponibilité d'un plateau technique performant.

Il comprend :

- Les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base ;
- Les centres de santé qui se situent au second niveau et assurent la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menés au niveau des postes ;
- Les hôpitaux départementaux et régionaux qui se situent au troisième niveau et dispensent des soins en gynécologie, obstétrique, médecine interne, pédiatrie, chirurgie et éventuellement des spécialités médicales et chirurgicales ;
- Les hôpitaux nationaux, avec notamment les centres hospitaliers nationaux qui constituent le dernier recours.

L'organisation du système de santé et du système de référence obéit au principe réaffirmé par la circulaire N°1753 du 15 mars 1991, relative au respect des axes de la stratégie des soins de santé primaire que sont :

- ✓ Le renforcement du premier échelon des services de santé ;
- ✓ Le développement des services de santé selon une approche participative ;

- ✓ La réorientation des activités hospitalières vers plus de technicité en complément des services rendus par le premier échelon.

iii. Le secteur privé

Largement concentré dans la capitale, Il joue un rôle important. Il est constitué d'hôpitaux, de cliniques, de cabinets et de services médicaux d'entreprises.

A cela s'ajoutent des structures gérées par des organisations confessionnelles.

iv. Infrastructures sanitaires

Le dispositif sanitaire comprend :

- ✓ 22 hôpitaux dont 2 non fonctionnels (Fatick et Ziguinchor en construction) ;
- ✓ 68 centres de santé dont 4 relevant de l'Association Solidarité Partage Elisabeth Diouf ;
- ✓ 949 postes de santé dont 19 non fonctionnels (par manque de personnel).

Les ratios* par rapport à la population sont :

- 1 hôpital pour 517 297 habitants (hbts) ;
- 1 centre de santé pour 167 361 habitants ;
- 1 poste de santé pour 11 992 habitants.

Les normes de l'organisation mondiale de la santé* sont de :

- 1 hôpital pour 150 000 habitants ;
- 1 centre de santé pour 50 000 habitants ;
- 1 poste de santé pour 10 000 habitants.

* annuaire statistique 2006

Tableau n°I : infrastructures sanitaires par habitants/ normes de l'OMS

	Population (hbts)	Normes OMS (hbts)
Un hôpital	517 297	150 000
Un centre de santé	167 361	50 000
Un poste de santé	11 992	10 000

*Source : Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)

Les ratios par rapport à la population sont très éloignés des normes fixées par l'OMS.

3.1.2. Indicateurs socio sanitaires

Les indicateurs socio sanitaires sont synthétisés dans le tableau suivant

Tableau N°II : indicateurs socio sanitaires

Données de base	Valeurs	années	Sources
Population totale	11 380 524 hbts	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Ratio population/ poste de santé	11 992 hbts	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Ratio population/ centre de santé	167 361 hbts	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Ratio population / hôpital	517 297 hbts	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Nombre total d'agents	13 110 agents	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Proportion de médecin	7%	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Proportion d'infirmiers (IDE, agents sanitaires, assistants infirmiers)	15%	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Proportion de sage-femme	7%	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Taux de couverture vaccinale DTC3/PENTA 3 de 0 à 11mois	89%	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)

Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	59%	2006	Annuaire statistique 2006 du Sénégal (juillet 2007)
Données sanitaires	Valeurs	années	sources
Espérance et mortalité			
Espérance de vie à la naissance (hommes)	54.0	2004	EDS - 2005
Espérance de vie à la naissance (femmes)	57.0	2004	EDS - 2005
Mortalité adulte (par 1 000) hommes de 15 à 60 ans	358	2004	OMS - avril 2007
Mortalité adulte (par 1 000) femmes de 15 à 60 ans	288	2004	OMS - avril 2007
Mortalité maternelle et infantile			
Taux de mortalité infantile (avant 1an) pour mille	61	2004	EDS - 2005
Taux de mortalité infanto-juvénile (avant 5ans) pour mille	121	2004	EDS - 2005
Taux de mortalité juvénile (entre 1 et 5ans) pour mille	64	2004	EDS - 2005
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	470	2004	EDS - 2005
Sida			
Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les adultes (15 - 49 ans)	0.7	2004	EDS - 2005

3.2. Couplage micro assurance–micro finance

3.2.1. Définition

C'est un système d'assurance maladie mis en place par une institution d'épargne et de crédit qui assure la gestion et le fonctionnement de ce système et les membres de l'institution peuvent par l'intermédiaire du système d'assurance bénéficier de soins.

Ainsi ce système issu du couplage micro finance - micro assurance répond aux cinq (5) critères d'une mutuelle de santé qui sont :

- la solidarité entre les membres ;
- la prévoyance de la maladie ;
- l'autonomie dans la gestion ;
- le bénévolat ;
- la non lucrativité.

3.2.2. Etat des connaissances

a- Les mutuelles et les organisations à assise communautaire

Le point commun de ces institutions est d'affirmer à la fois un objectif non lucratif (par opposition à l'assurance dite « commerciale ») et de favoriser une implication forte des bénéficiaires, soit au simple niveau de la définition des produits, soit plus directement dans la gestion du système d'assurance.

Tous ces « micro assureurs » ne sont pas formalisés : si certains ont un statut juridique (pour beaucoup de mutuelle, et d'association...), d'autres existent encore sous forme de « projets ». Faute de cadre légal et réglementaire adapté, beaucoup d'entre eux ont encore aujourd'hui un statut hybride entre formel et informel, et opèrent sans « licence » officielle. (Poursat, 2004)

Ces mutuelles et organisations à assise communautaire se caractérisent notamment par les principes suivants :

- Améliorer l'accès aux soins à travers un partage du risque et la mutualisation des ressources ;
- Afficher un but non lucratif ;
- S'appuyer sur un groupe partageant des caractéristiques communes ;

- Proposer le plus souvent une adhésion volontaire ;
- Promouvoir la solidarité / la cohésion sociale.

Les mutuelles de santé donnent la priorité aux soins de santé primaires parmi les prestations offertes, et ne fournissent qu'une couverture limitée pour les soins hospitaliers. L'intérêt de sécuriser les soins primaires, dans un système d'assurance, au delà même d'être un produit d'appel, est d'appuyer la prévention *in fine* des gros risques (si une personne se soigne mieux et plus tôt, on évitera peut-être l'hospitalisation), et donc de limiter ses coûts (Poursat, 2004).

b- Les institutions et programmes de microfinance

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

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

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

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

c- Enjeux pour les institutions de microfinance

La micro-assurance au sens large est parfois présentée comme un « nouveau produit financier » potentiel pour des institutions de micro finance (IMF). A priori, une

diversification vers des produits complémentaires d'assurance peut être séduisante pour une institution de micro finance. Les IMF les plus « matures » sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'une diversification de leurs produits pour fidéliser leur clientèle. Elles constatent en parallèle l'impact des décès ou des problèmes de santé sur le remboursement des crédits et le budget de leurs clients. Du point de vue des IMF, une assurance peut être un moyen de limiter le risque sur l'activité de crédit, et de plus en plus d'institutions semblent aujourd'hui tenter par une diversification dans le domaine de l'assurance. Il existe de fait quelques exemples connus d'IMF ayant développé des services d'assurance (SEWA en Inde, BRAC au Bangladesh, le GRET au Cambodge).

Source : Poursat, 2004

d- Etudes de cas recensées

Le recensement des expériences de micro-assurance est récent, mais une information croissante existe sur les expériences répertoriées.

En avril 2004, paraissait la première étude de cas conduite par le programme Social Finance de l'OIT, pour le Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance, avec l'appui financier de l'agence de développement suédoise (SIDA), britannique (DFID) et l'organisation de développement allemande GTZ. Cette première étude se concentrait sur le courtier péruvien Servipéru et permettait d'identifier les bonnes et mauvaises pratiques dans le domaine de la micro-assurance.

La liste des études de cas menées par le Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance n'a cessé depuis de s'étoffer. En octobre 2006, on comptait ainsi 25 études de cas dont 23 ont déjà été publiées – parmi elles, 2 sont en français. Deux nouvelles études devraient être prochainement publiées en français sur l'Union technique de la Mutualité au Mali (UTM) et l'Union des Mutuelles de Dakar au Sénégal (Source : PROMUSAF, 2006).

Le tableau ci-dessous présente les systèmes de micro-assurance recensés à ce stade en Afrique :

Tableau N°III : étude de cas de micro assurance recensé

Micro-assureurs	Type	Produit	Etude de cas
MAFUCECTO (Togo)	Membre d'une association d'Unions de crédit	Assurance emprunteur	<u>Etude complète</u> Octobre 2006 (en français)
ASSEF : Association d'Entraide des Femmes (Bénin)	Institution de microfinance	Santé	<u>Etude complète</u> Février 2006 (en anglais)
UMGSF : Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (Guinée)	Fédération de mutuelles de santé	Santé	<u>Etude complète</u> Décembre 2005 (en français)
Madison Insurance (Zambie)	Assureur privé (en partenariat avec 4 IMF)	Assurance emprunteur et garanties obsèques	<u>Etude complète</u> Mai 2005 (en anglais)
AIG Ouganda	Assureur	Assurance	<u>Etude</u>

(Ouganda,Malawi,Tanzanie)	privé (en partenariat avec 26 IMF)	emprunteur avec garanties accident invalidité	<u>complète</u> Avril 2005 (en anglais)
MUSCOO : Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives (Malawi)	fédération de Coopératives d'épargne et de crédit	Assurance emprunteur et Assurance-vie	<u>Etude complète</u> Mars 2005 (en anglais)
Gemini Life Insurance Company : GLICO (Ghana) (hors études de cas CGAP)	Assureur privé (en collaboration avec Care International)	Assurance-vie	<u>Etude commentée</u> Février 2004 (en français)

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Par rapport à la liste des études de micro assurance recensées en Afrique, le projet micro assurance du Gret au Cambodge peut être illustratif :

Exemple le projet micro assurance du GRET au Cambodge qui est une ONG spécialisée dans les programmes de développement, qui intervient notamment dans le domaine de la micro assurance. Au Cambodge, le GRET est présent depuis le début des années 90. A partir de 1999, le GRET a lancé un programme de micro-assurance séparé de l'IMF.

Ce programme, intitulé SKY, couvre aujourd'hui plus 10 000 assurés, en milieu rural et depuis environ un an. A Phnom Penh, la capitale. Les assurés ont accès à des soins de santé primaires et hospitaliers via la garantie proposée ; SKY travaille en partenariat avec des structures de soins publiques, dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la santé Cambodgien.

SKY espère dans les années qui viennent atteindre la viabilité financière (estimé possible au-delà d'un seuil de 30 000 assurés), et devenir une institution de micro-assurance privée à la faveur d'une adaptation, en cours de discussion, du cadre légal et réglementaire. (Walras 2003, Poursat C.)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.3. Présentation de la MS-PAMECAS

3.3.1. Historique

L'Union des Mutuelles du Partenariat pour la Mobilisation de l'Epargne et du Crédit au Sénégal (UM-PAMECAS) a initié une expérience pilote de mutuelle de santé au sein d'une mutuelle d'épargne et de crédit .

En août 2003, la MECIB (Mutuelle d'Epargne et de Crédit de Icotaf Boubess), l'une des 35 caisses membres de l'UM-PAMECAS a mis en place sa mutuelle de santé qui a démarré ses prestations. Il s'agit d'une expérience d'arrimage d'une mutuelle de santé à une institution de micro finance pérenne, ceci avec l'appui du BIT/STEP. La spécificité du système repose sur le prélèvement automatique de la cotisation à partir de l'épargne constituée par le membre. Les titulaires s'engagent à alimenter leur compte pour que sur la base de la périodicité choisie (mensuelle, bimensuelle, ...ou annuelle) le montant correspondant soit prélevé et versé dans le compte ouvert pour alimenter les ressources de la MECIB/Prévoyance Santé.

Au regard des résultats atteints, le Réseau a entamé la mise en place d'une mutuelle de santé commune à toutes les caisses membres de l'UM-PAMECAS et qui fait l'objet du présent plan de développement.

a. Stratégie de mise en place de la MS-PAMECAS

La MS-PAMECAS est un groupement de personnes membres des caisses d'épargne et de crédit du Réseau PAMECAS et de leurs familles. Elle a un but non lucratif, et essentiellement au moyen des cotisations des membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue notamment de :

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

Au regard de ces objectifs qui s'insèrent dans une vision plus globale du volet social de l'UM-PAMECAS, ce dernier avec l'appui du BIT/STEP (Bureau International du Travail / Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) a défini une stratégie de mise en oeuvre à travers un document de « plan d'action conjoint » comprenant les phases suivantes:

i- Mise en place de groupes de travail constitués de deux comités

- Un comité technique restreint composé :

D'un personnel du BIT/ STEP et d'un personnel de l'UM-PAMECAS ainsi que de deux personnes de la mutuelle de santé pilote de l'UM-PAMECAS. Le rôle de ce comité technique a été de préparer les différentes propositions qui seront soumises au comité de pilotage (préparation des éléments de calcul des scénarios de cotisation, modalités d'organisation possibles, etc.)

- Un comité de pilotage composé :

Des représentants des conseils d'administration des MEC, de la Direction de l'UM-PAMECAS et du BIT/ STEP. Sur la base des propositions présentées par le comité technique, ce comité de pilotage a débattu et validé étape par étape le montage du système d'assurance santé. Le travail du comité de pilotage a été complété par les contributions apportées par les Directeurs de caisse, qui ont eu à réfléchir à leur tour sur le montage du système.

ii- Réalisation de l'étude de faisabilité

La réalisation de l'étude de faisabilité est coordonnée par l'UM-PAMECAS avec un appui technique et méthodologique de STEP.

La réalisation de l'étude de faisabilité a suivi les étapes suivantes :

- Réalisation par le comité technique d'un diagnostic et d'une capitalisation succincts de l'expérience de la MECIB présentant ses résultats, son organisation et fonctionnement. Il a été restitué au comité de pilotage lors de sa première réunion.

- Etablissement d'un premier scénario de cotisation (prestataires et services couverts/prestations/cotisations). Ce scénario pourra être affiné par la suite, notamment sur la base des coûts de fonctionnement du système d'assurance. Il a permis dans un premier temps de disposer d'une base concrète pour le montage technique de l'assurance et la préparation des conventions avec l'offre de soins.
- Montage institutionnel de l'assurance : l'approche mutuelle de santé a été examinée, retenue et validée. Cette étape a permis de poser précisément les relations entre les MEC, l'UM-PAMECAS et la mutuelle de santé.
- Montage technique de l'assurance : élaboration des mécanismes d'adhésion et de cotisation, préparation des supports de gestion, description de la structure de gestion, etc.
- Elaboration d'un plan de financement du système d'assurance à moyen terme intégrant : le calcul du seuil de rentabilité de l'assurance, des objectifs à atteindre en termes d'adhésion (plan de croissance définissant une stratégie précise en terme de diffusion de l'assurance au niveau des MEC) jusqu'à l'atteinte de ce seuil, les budgets prévisionnels de l'assurance durant cette phase de croissance et les apports financiers nécessaires de l'UM-PAMECAS et autres bailleurs extérieurs éventuels.
- Préparation des conventions avec l'offre de soins : identification des prestataires et élaboration des termes de conventionnement.

A l'issue de cette sixième(6^{ième}) étape le processus entrera alors dans une phase de démarrage du système qui comprendra à titre indicatif les étapes suivantes :

- Assemblée générale constitutive ;
- Contractualisation avec l'offre de soins ;
- Recrutement du personnel de la structure de gestion ;
- Plan de communication vers les populations cibles ;
- Démarrage de l'assurance.

b. Plan de développement de la MS-PAMECAS

Il repose essentiellement sur la croissance de la taille de la mutuelle, la contribution accrue des bénéficiaires à travers la cotisation des adhérents, la mise en place de ressources humaines adéquates et l'apport des partenaires pour l'atteinte du seuil de rentabilité.

i- La croissance de la mutuelle (taille optimale)

La recherche d'une large base d'individus pour le partage des risques nécessite la mise en oeuvre d'une bonne politique de communication. A ce niveau, la production de supports de promotion devra contribuer à toucher une large frange de la population cible. En complément aux supports de promotion, les membres des CPS sont mis à contribution pour mener au niveau de leur caisse des séances d'information guichet de manière permanente.

L'essentiel des investissements est fait lors de l'installation de la mutuelle de santé. Les appuis qui restent constants avant l'atteinte du seuil de rentabilité sont le fonctionnement (personnel et frais de fonctionnement) ainsi que la communication et le suivi du BIT/STEP. Le seuil de rentabilité devrait être atteint en janvier 2010. La taille de la mutuelle devra atteindre 140 000 bénéficiaires à cette date pour avoir un équilibre. Des subventions d'équilibre sont nécessaires pour accompagner la mutuelle de santé vers sa zone de performance voire d'autonomie.

Au cours de la première et deuxième année, la taille de la mutuelle semble être critique car la consommation des services se hisse au-delà des ressources générées par les cotisations. Lors de ces deux années, la subvention d'équilibre concerne aussi bien le fonctionnement que les prestations. Ce n'est qu'en 2010 qu'on peut avoir un équilibre avec un volume de cotisation permettant de couvrir toutes les charges de la mutuelle de santé.

ii- Conditions d'adhésion :

- Etre membre de l'une des caisses du PAMECAS ;
- Payer les droits d'adhésion de 1000 FCFA (uniquement le membre adhérent) qui donne droit au livret de membre. Chaque membre peut prendre en charge jusqu'à 10 personnes de sa famille.

- Payer une cotisation mensuelle de 250 F CFA par bénéficiaire pris en charge
- Respecter la période d'observation d'une durée de 3 mois

Est considéré comme étant en règle tout membre de la MS/PAMECAS et ses personnes à charge présentant un livret de membre visé avec la photo du bénéficiaire et à jour de ses cotisations et le coupon de validation visée par la Cellule de Gestion.

iii- La contribution des bénéficiaires

Elle constitue pour l'essentiel le financement de la mutuelle de santé jusqu'à l'atteinte de son seuil d'équilibre. Le niveau de contribution (fixation de la cotisation) des membres est un facteur important dans la détermination de la période d'atteinte du seuil d'équilibre.

Il détermine aussi le niveau de contribution à solliciter auprès des autres partenaires externes. Deux hypothèses de contribution sont posées :

Hypothèse 1: schéma de contribution au financement de la mutuelle

Tableau N°IV : hypothèse 1 schéma de contribution au financement de la mutuelle de santé

	2006	2007	2008	2009	2010
Taille des bénéficiaires	8700	27 306	68 760	138 359	248 472
Contribution Bénéficiaires	16 064 155	55 815 458	206 235 904	447 751 131	894 672 819
Contribution BIT	6 880 000	0	0	0	0
Contribution PAMECAS	17 902 276	8 489 991	9 621 707	16 101 793	0
Subvention Bailleurs	17 902 276	8 489 991	9 621 707	16 101 793	0
TOTAL contributions	58 897 903	96 757 171	222 246 607	477 902 228	894 672 819

Source : MSPAMECAS 2005

Sur une durée de cinq années, la contribution des membres (cotisations et droits d'adhésion) à travers leur compte d'épargne prévoyance évolue d'année en année en passant de 16 064 155 F CFA en 2006 à 894 672 819 F CFA en 2010.

Il faut noter que ce schéma de contribution nécessite l'augmentation de la cotisation qui va passer de 250 F CFA à 350 Fcfa en 2008 et à 375 F CFA en 2010. Ceci permet d'atteindre dans cette phase quinquennale (janvier 2010) le seuil de rentabilité du projet.

Tableau N°V : Hypothèse 2 : schéma de contribution au financement de la mutuelle

	2006	2007	2008	2009	2010
Taille des bénéficiaires	8700	27 306	68 760	138 359	248 572
Contribution Bénéficiaires	16 064 155	55 815 458	150 272 393	324 793 566	605 624 677
Contribution BIT	6 880 000	0	0	0	0
Contribution PAMECAS	17 902 276	8 489 991	9 732 459	16 101 793	0
Subvention Bailleurs	18 051 472	32 451 722	62 241 755	137 006 869	266 431 837
TOTAL CONTRIBUTIONS	58 897 903	96 757 171	222 246 607	477 902 228	872 056 514

Sur une durée de cinq années, la contribution des membres (cotisations et droits d'adhésion) est restée constante et le seuil de rentabilité n'est pas atteint.

Cette hypothèse nécessite la mise en oeuvre d'une seconde phase malgré l'apport plus significatif de la part des bailleurs (comparé à l'hypothèse 1). Durant cette seconde phase quinquennale qui devra aller de 2011 à 2015, la cotisation sera fixée à 375 F CFA et le seuil de rentabilité ne sera atteint qu'en mars 2015.

vi- Professionnalisation de la gestion de la mutuelle de santé

Au regard du schéma de fonctionnement de la mutuelle et de son autonomie de gestion vis à vis du PAMECAS, la mise en place d'une cellule de gestion et une bonne politique de promotion constitue des conditions de réussite de ce projet. Le fonctionnement de la mutuelle de santé ne saurait reposer sur du bénévolat (un frein

au développement des mutuelles de santé au Sénégal) vue l'immensité et la complexité de la gestion au niveau des adhésions, cotisations et prestations. Pour une gestion pérenne du système, le personnel de la mutuelle de santé sera géré comme celui du Réseau pour acquérir progressivement le même statut. Le conseil d'administration va déléguer ses prérogatives de gestion à ce personnel technique mais veille à la bonne exécution des tâches. Un autre dispositif de contrôle est établi avec l'implication de la Direction Inspection et Vérification de l'UM-PAMECAS pour certifier la conformité des actes comptables et financiers. Ce mécanisme de contrôle externe permet de garantir aussi l'obligation de résultat de la part du personnel technique pour l'atteinte du seuil de rentabilité dans les meilleurs délais.

Le renforcement du suivi et le fonctionnement des organes justifient l'achat du matériel (ordinateurs, graveur, tableau padex,...) et les ressources destinées à la bonne marche des activités (supervision, réunions, autres déplacements,...).

c. L'appui des partenaires

- Réseau PAMECAS

Le Réseau PAMECAS est le partenaire stratégique de la MS-PAMECAS. La mise en place de la mutuelle de santé émane des dirigeants du Réseau eux mêmes. Par l'entremise de la Fondation PAMECAS, le Réseau compte apporter son appui financier.

- BIT/STEP

Un protocole d'accord est signé avec le BIT/STEP. Ce dernier poursuit l'appui technique. Il met à la disposition de la mutuelle de santé un logiciel de suivi de la gestion des adhésions, des cotisations et des prestations (MAS Gestion). Il permettra à la Cellule de Gestion d'imprimer des coupons de validation périodique pour les membres et leur famille qui sont à jour de leur cotisation.

L'appui concerne aussi le renforcement des capacités du personnel et des dirigeants par des formations et séminaires d'échange.

d. Autres bailleurs

Au regard des hypothèses de financement du projet sur les cinq années, l'appui d'autres partenaires est nécessaire pour la viabilité de la MS-PAMECAS.

La sollicitation des autres bailleurs permettra de compléter la contribution des bénéficiaires, du Réseau PAMECAS et du BIT/STEP.

3.3.2. Organisation du système

La MS-PAMECAS repose sur un système de gouvernance à trois piliers comprenant :

- ✓ L'Assemblée générale ;
- ✓ Le Conseil d'Administration ;
- ✓ Le Conseil de Surveillance ;

L'Assemblée générale est l'organe suprême de la MS-PAMECAS. Elle se réunit une fois par an et définit l'orientation et la politique générale de la MS-PAMECAS en vue de la réalisation de son objectif social.

L'assemblée générale (AG) est composée de :

- Deux (02) membres délégués (dirigeants) de chaque caisse du Réseau PAMECAS représentant les adhérents de la MS-PAMECAS,
- La Direction du Réseau PAMECAS (01 représentant),
- Le CA du Réseau PAMECAS (01 représentant),
- Le CS du Réseau PAMECAS (01 représentant),

Le conseil d'administration (CA) est composé de neuf (09) membres élus par l'Assemblée Générale. Il est l'organe d'administration de la MS-PAMECAS et se réunit ordinairement au moins une fois par bimestre et aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association.

Le conseil de surveillance (CS) est composé de 5 membres élus par l'Assemblée Générale. Il est l'organe de contrôle de la MS-PAMECAS, et à ce titre, procède à des contrôles au moins une fois par mois au niveau de la cellule de gestion et du Conseil d'Administration et rend compte de ses activités à l'Assemblée Générale. Les rapports d'audits servent aussi de base pour les contrôles du Conseil de Surveillance.

3.3.3. Population cible

- La Région de Dakar :

Zone prioritaire d'intervention de la MS-PAMECAS concentre l'essentiel du potentiel administratif et politique du pays. Elle compte quatre (4) départements :

- Dakar (19 communes d'arrondissement) ;
- Pikine (16 communes d'arrondissement) ;
- Rufisque (3 communes d'arrondissement) ;
- Guédiawaye (5 communes d'arrondissement).

a. Organisation et Fonctionnement

Le système de santé régional comprend trois niveaux :

1 - Le niveau régional

Il est l'intermédiaire entre le niveau national et le niveau opérationnel. Ce niveau régional est constitué par la région médicale et l'ensemble des services qui y sont rattachés, à savoir : le secteur régional des grandes endémies, la coordination régionale de l'action sociale, le service régional de l'hygiène.

2 - Le niveau secondaire et tertiaire

Certains centres de santé disposent actuellement de services spécialisés avec un plateau technique assez élevé permettant la mise en place d'un schéma de référence horizontale qui évite les références vers les hôpitaux généralement plus coûteux.

La région bénéficie de la proximité des hôpitaux publics nationaux : Principal, Fann, Albert Royer, Le Dantec, Grand Yoff, Abass Ndao.

3- Le niveau périphérique

C'est le niveau opérationnel. Il est constitué de huit (8) districts sanitaires. Le district couvre une population qui peut varier de 50.000 à 400.000 habitants. Il est dirigé par un médecin (MCD) entouré d'une équipe de techniciens. Le médecin et son équipe ont pour rôle de mettre en oeuvre les actions de santé.

Au niveau du district, on observe plusieurs types de structures :

- le centre de santé de référence et le centre de santé secondaire ;
- les postes de santé
- les Maternités isolées ou intégrées.

- Les centres de santé :

La région médicale de Dakar dispose d'un total de onze (11) centres de santé. En moyenne, la couverture est de 01 centre de santé pour 183.000 habitants. Cependant, cette couverture connaît des disparités d'un district à l'autre allant d'un centre de santé pour 49.000 habitants au district Ouest à 01 centre de santé pour 412.000 habitants à Pikine et Guédiawaye.

- Les postes de santé et maternités :

On dénombre 83 postes de santé publics, 14 maternités et 12 postes de santé confessionnels. Les postes de santé intégrés disposant d'un dispensaire et d'une maternité sont peu nombreux.

Cependant, il y a une disparité entre les districts. Certains, comme le district de Mbao, dispose d'un poste de santé pour 18.000 à 20.000 habitants, alors que le District Sud dispose d'un poste de santé pour 51.000 habitants.

La région dispose de 28 maternités, soit en moyenne une pour 16.529 femmes en âge de reproduction. Ce déficit en infrastructures de premier échelon tend à être compensé par l'existence :

- des postes de santé confessionnels au nombre de 12 ;
- des centres médicaux militaires, paramilitaires et d'entreprises au nombre de 20.

b. L'offre de soins privés :

L'on ne saurait circonscrire la couverture sanitaire de la population de Dakar aux seules structures publiques et parapubliques tant le secteur privé (infirmeries, cabinets, cliniques) est bien développé.

Ainsi, on dénombre dans la région de Dakar :

30 cliniques de plateaux techniques différents allant de l'accouchement simple à la chirurgie spécialisée :

- 327 cabinets tenus par des médecins de spécialités diverses ;
- 104 infirmeries de soins généraux ou spécialisés ;
- 350 officines de pharmacie ;
- 03 laboratoires d'analyses médicales.

(Plan régional de développement sanitaire et social, 1997/2001 Région médicale de Dakar).

- La région de Thiès

La région de Thiès est subdivisée :

- Trois (3) départements (Thiès, Tivaouane, Mbour)
- Onze (11) communes
- Dix (10) sous- préfectures
- Trente et un (31) communautés rurales

Le système de santé :

La région de Thiès comprend des structures de santé dont :

- Deux (2) hôpitaux dont le Centre hospitalier régional de Thiès et l'Hôpital Saint Jean de Dieu.
- Cent trente et un (131) postes de santé.
- Dix sept (17) postes de santé privées catholiques.
- Deux cents quarante cinq (245) cases de santé et cinquante trois (53) maternités rurales.
- Quarante neuf (49) cabinets, deux (2) cliniques et soixante deux (62) officines privés.

Répartition des caisses au niveau des zones

Les caisses d'épargne et de crédit de l'UM-PAMECAS sont réparties dans les différentes zones du Sénégal, ainsi le tableau suivant résume ces caisses par zone.

Tableau N°VI : nombre de caisses par zone

Zones	Nombre de caisses
Thiès	4
Pikine	9
Guédiawaye	5
Saint louis	3
Rufisque	5
Dakar	7
Touba	1
Louga	3
TOTAL	37

(Source : UMPAMECAS 2007)

3.3.4. Services couverts (paquets de bénéfice)

- **Les services couverts** concernent :

- La consultation de médecine générale et préventive : prise en charge à 70%
 - Actes d'infirmerie (incision, suture, injection, transfusion, circoncision, pansement,...)
 - Soins maternels et infantiles et vaccinations liés aux CPN, et CPN
- Les consultations de médecine spécialisée (soins ambulatoires) : prise en charge à 70%
 - Soins dentaires
 - Consultations en dermatologie
 - Consultations gynécologie (y compris non obstétrique)
 - Consultations ophtalmologiques
- Les examens : 70%
 - Laboratoire

- Radiologie
- Echographie
- Les accouchements : 70%
 - L'acte d'accouchement
 - Les produits et médicaments dispensés par la formation médicale conventionnée
- L'hospitalisation : 70% (jusqu'à 10 jours)
 - Petite et moyenne chirurgie
 - Frais de lit (en séjour ou en observation).
 - Les produits et médicaments dispensés par la formation médicale conventionnée
- Les médicaments : 70% et 25%
 - Génériques dispensés par la formation sanitaire conventionnée (70%)
 - Spécialités prescrites par les formations sanitaires conventionnées et délivrés par les pharmacies privées conventionnées (25%)

En plus des services couverts la MSPAMECAS mènent des campagnes de sensibilisation au niveau des caisses notamment :

- La mise en place de kiosques informatiques (supports audiovisuels)
- La distribution d'affiches et de prospectus aux membres pour faire connaître la mutuelle
- La méthode du promo guichets : deux dirigeants de la caisse passent mois pendant les périodes d'affluence, muni de leur fiche de contact pour demander l'avis aux membres sur la mutuelle de santé.

Toutefois ces derniers mois, cette campagne n'est pas bien menée à cause des contraintes de temps de ces dirigeants.

- Protocole de prise en charge du malade

1 - le prestataire vérifie la régularité des documents de prise en charge du membre (livret avec photo du bénéficiaire, validité du coupon de garantie).

2 - Il reporte sur une attestation de prise en charge en trois volets (blanc, bleu, jaune) les informations sur le membre (nom et codification), le détail des prestations fournies au bénéficiaire, le montant de ces prestations ainsi que la répartition des parts à payer par la MS PAMECAS (70%) et le membre (30%).

3 - Il fait payer sur place au membre le ticket de consultation et sa part du co-paiement (30% des coûts des prestations reçus au niveau de la structure de soins), délivre au membre le volet jaune de l'attestation de prise en charge, garde le volet bleu et joint le volet blanc à la facture globale.

4 - Il établit la facture mensuel pour la MS PAMECAS et met en annexes les volets blancs des attestations de prise en charge.

5 - Pour les médicaments non disponibles dans la structure sanitaire, le prestataire établit une nouvelle attestation de prise en charge en trois volets pour l'ordonnance prescrite au membre et que le malade doit acheter à la pharmacie privée conventionnée.

3.3.5. Le cadre institutionnel et organisationnel

Il existe un avant-projet de règlement d'exécution déterminant les modalités de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faîtières.

a. Relation avec les prestataires

Les relations entre la mutuelle de santé et les prestataires sont cruciales pour la viabilité de la mutuelle de santé. Elles sont matérialisées sous forme de conventions. Ce sont des accords conclus entre prestataires de soins et la mutuelle de santé. Ces accords comprennent pour la MS. PAMECAS, la définition des services couverts, le tarif applicable, les modes de paiement et la garantie des soins de qualité.

b. Les factures des prestataires

Les factures des prestataires sont établies sur la base des prestations effectuées et qui sont justifiées par les attestations de soins. Les factures doivent être produites par les prestataires à la fin de chaque mois et transmises à la mutuelle de santé par l'intermédiaire des caisses locales de base. Cependant on note que les factures des prestataires accusent des retards dans la transmission à la mutuelle de santé.

c. Le schéma d'accès aux prestations

Les membres de caisses du Réseau PAMECAS qui adhèrent à la mutuelle de santé du PAMEACS peuvent accéder aux services offerts en suivant un itinéraire qui reflète l'option du montage technique adopté par la MS-PAMECAS.

Tableau N°VII: récapitulatif des opérations d'adhésion, de cotisation et d'accès aux prestations

Niveau MEC	Niveau Cellule de Gestion	Niveau prestataires
Information des membres	Information des membres	Accueil des bénéficiaires malades
Adhésion des membres	Gestion des adhésions, des cotisations et des prestations	Octroi des prestations
Paiement de la cotisation par un dépôt dans le compte épargne prévoyance	Validation des bénéficiaires ayant droit aux prestations	Facturation des actes
Paiement des factures		

Source MSPAMECAS,2005

d. Compétence gestionnaire

Elle renvoie à la compétence des dirigeants en matière de gestion des organisations mutualistes. Elle peut être appréciée au niveau de leur qualification et de leur formation continue et initiale.

Ceci est d'autant plus important pour la bonne gestion de la mutuelle, en effet s'ils ont reçu une formation adéquate, ils auront la capacité de prendre des mesures face aux éventuelles risques que présentera la mutuelle.

La mutuelle PAMECAS est dirigée par trois (3) agents :

Le tableau suivant présente le niveau de formation des agents

Tableau N°VIII : niveau de formation des agents

Fonction	Formation
Coordinatrice	Bac + études supérieures
Agent suivi évaluation	Bac + études supérieures
Gestionnaire comptable	Bac + études supérieures

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

e. Gestion des risques

Les risques auxquels la mutuelle de santé peut être généralement confronté sont :

- a. le risque moral : c'est le comportement des bénéficiaires de la mutuelle de santé à consommer abusivement les prestations offertes pour valoriser le maximum possible les sommes versés sous forme de contribution en dépassant la consommation moyenne
- b. la sélection adverse ou anti-sélection : c'est la tendance selon laquelle les personnes courant un risque de maladie élevé s'affilient dans une proportion plus forte à la mutuelle de santé. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle par un niveau élevé de dépenses par adhérent
- c. le risque d'escalade des coûts : c'est le comportement conjugué des membres et des prestataires aboutissant à la majoration des coûts.

f. Existence d'organe de contrôle

Au niveau de la MS PAMECAS, il n'existe pas d'organe pour gérer ces risques seul l'agent chargé du suivi évaluation qui compile cette gestion en faisant de la sensibilisation et du suivi des prestations.

Il fait le tour des caisses une à deux fois par mois pour la sensibilisation et le suivi.

En outre pour éviter les fraudes et abus, tous les bénéficiaires disposent d'une carte plus photo et d'une lettre de garantie qu'ils doivent obligatoirement présenter avant de bénéficier de soins

Les prestataires participent au renforcement du contrôle de la mutuelle de santé en s'impliquant dans le contrôle des bénéficiaires

Pour ce contrôle, la mutuelle de santé met à la disposition des prestataires un certain nombre d'outils.

Ces outils servent à l'identification, et à la validation que le membre a droit aux prestations, Ces outils sont le plus souvent utilisés en association. il s'agit de la Carte de membre + photo et du coupon de garantie + cachet

g. Organe de gestion

La fonctionnalité des organes de gestion est liée à la tenue des réunions constitutive organisées par les membres pour la bonne marche de la mutuelle de santé et de la mutuelle d'épargne et de crédit.

Ainsi les réunions sont organisées périodiquement :

- Assemblée générale : annuelle (une fois par année) ;
- Conseil d'administration : bimestrielle (6 fois dans l'année) ;
- Conseil de surveillance : mensuelle (12 fois dans l'année).

IV- cadre opérationnel

4.1. Définition du concept de la viabilité et des variables à l'étude

La viabilité d'une mutuelle peut être considérée comme sa capacité à couvrir durablement ses charges avec ses produits et à faire face à ses engagements financiers.

La viabilité de la mutuelle de santé est vue sous quatre angles par rapport à nos objectifs visés :

- La viabilité fonctionnelle et technique ;
- La viabilité financière ;
- La viabilité institutionnelle ;
- Par rapport à l'efficacité et/ou l'efficience.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les différentes dimensions de la viabilité, les variables à l'étude et les indicateurs d'évaluation :

Tableau n°IX : les indicateurs et variables à l'étude

Concepts	Variables	Indicateurs d'évaluation
1- Viabilité institutionnelle	• Cadre institutionnel • Relations avec les prestataires • Tenue des réunions • Appui des partenaires	• Existence d'un cadre institutionnel et technique • Nombre de structures d'appui en relation avec la M.S • Existence d'un système de contrôle • Relation avec les autorités locales et autres • Relations avec les prestataires • Relation avec les structures d'appui
2- Viabilité fonctionnelle et technique	• Dynamique des adhésions	• Evolution du nombre des adhésions • Evolution du nombre des bénéficiaires • Taux de croissance

	• Compétence des gestionnaires • Mode de gestion des risques	des adhésions • Taux de fidélisation • Taux de pénétration • Mode de gestion des risques
3- Viabilité financière et économique	• Gestion financière	• Taux de recouvrement des cotisations • Evolution des cotisations • Evolution des dépenses • Ratio de liquidité immédiate • Ratio de couverture des charges • Ratio de solvabilité • Ratio des cotisations acquises/ charges • Ratio de sinistralité • Ratio des cotisations acquises/ (charges + coûts cachés) • Ratio des frais de fonctionnement brut • Répartition des dépenses de prestation par acte
4- Efficience et/ou efficacité		Taux d'utilisation des services

4.2. Stratégie de recherche

Compte tenu du fait que la mutuelle a été implantée en février 2006, nous avons opté pour l'étude longitudinale notamment l'analyse des tendances. Cette méthode consiste à comparer les ratios à différentes dates pour apprécier l'évolution de la situation financière de la mutuelle et pour voir comment une mutuelle d'épargne et de crédit pourrait rendre efficiente les trois fonctions d'une mutuelle de santé notamment :

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.3. Méthodologie

Notre étude qui porte sur l'évaluation de la viabilité de la mutuelle issue du couplage avec L'UM-PAMECAS a été réalisée selon la démarche suivante.

Nous avons entrepris des démarches auprès du Ministère de la santé et de la prévention au niveau de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMICS) et auprès de la MS. de l'UM-PAMECAS, ainsi nous avons :

- pris contact avec les dirigeants de ses institutions ;
- fait une analyse des documents ;
- élaboré le protocole de recherche ;
- confectionné les guides d'entretien à l'endroit du Ministère de la santé et de la prévention, la MS-PAMECAS et les prestataires.

4.3.1. Définition des variables et indicateurs

a - viabilité institutionnelle

C'est la capacité de la mutuelle à mettre en commun et à gérer les ressources non financières pour la bonne marche des activités.

La viabilité institutionnelle est appréciée par les indicateurs suivants :

- Existence d'un cadre institutionnel et technique
- Nombre de structures d'appui en relation avec la M.S
- Existence d'un système de contrôle
- Relation avec les autorités locales et autres
- Relations avec les prestataires
- Relation avec les structures d'appui

b - viabilité organisationnelle et technique

La viabilité organisationnelle et technique consiste d'abord à analyser au niveau de la mutuelle de santé la capacité à constituer et à fidéliser une clientèle à travers l'examen de la dynamique d'affiliation. Ensuite il s'agit de l'évaluation de la bonne marche de la mutuelle de santé.

L'analyse de la viabilité organisationnelle et gestionnaire se fera selon les indicateurs ci-après :

- ✓ Dynamique des adhésions ;
- ✓ Taux de croissance des adhésions ;
- ✓ Taux de fidélisation ;
- ✓ Taux de pénétration ;
- ✓ Mode de gestion des risques.

c - viabilité financière et économique

La viabilité financière et économique consiste à analyser la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers. L'analyse de la viabilité financière et économique se fera selon les indicateurs suivants :

- ✓ Taux de recouvrement ;
- ✓ Evolution des cotisations ;
- ✓ Evolution des dépenses ;
- ✓ Ratio de liquidité immédiate ;
- ✓ Ratio de couverture des charges ;
- ✓ Ratio des cotisations acquises/ charges ;
- ✓ Ratio de sinistralité ;
- ✓ Ratio des cotisations acquises/ (charges + coûts cachés).

d- Efficiency et/ou efficacité

L'efficacité et/ou l'efficacité sera évaluée par rapport au taux d'utilisation des services.

4.3.2. Méthode d'investigation

a - Champ de l'étude

Cette étude a été circonscrite à la mutuelle de santé du réseau PAMECAS pour les raisons suivantes :

- contraintes de temps (novembre 2007– avril 2008) :

Le délai de dépôt des mémoires est fixé au plus tard en Avril-Mai

- difficultés pour l'obtention de financement pour l'étude
- la part des mutuelles de santé issues du couplage par rapport aux MS. est très faible et dispersées dans les régions.

b - Unités statistiques

- ✓ Les responsables de la CAMICS ;
- ✓ Les responsables du système d'assurance santé de l'UM-PAMECAS de Dakar ;
- ✓ Les prestataires partenaires.

c - Méthodes de collecte des données

Nous avons procédé à :

- ✓ Une revue documentaire ;
- ✓ Une enquête par questionnaire administré par entretien.

4.3.3. Instruments de collecte de données

1. A la revue documentaire

Pour apprécier

L'état de connaissances des mutuelles de santé issues du couplage

L'état de connaissances sur les indicateurs socio sanitaires

L'état de connaissances sur la politique sanitaire actuelle.

2. Guide d'entretien aux responsables de la CAMICS

Pour analyser la viabilité liée à l'environnement de MS

Apprécier l'état de connaissances sur la mutualité

3. Guide d'entretien aux responsables de MS PAMECAS

Ce guide a été administré dans le but de :

- analyser le mode d'organisation et de gestion de la mutuelle de santé
- évaluer la viabilité financière et institutionnelle et sur des questions qui ont trait à :
 - existence d'un cadre institutionnel
 - existence d'un système de contrôle
 - la gestion
 - au recouvrement des cotisations
 - mode gestion des risques

4.3.4. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage occasionnel qui a consisté à prendre du tout venant au gré des situations et des circonstances.

Etant donné que les MS issue du couplage ne sont pas très nombreuses nous avons choisi la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS comme cadre de notre étude.

4.3.5. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus pour cette étude sont :

- La mutuelle est issue du couplage micro assurance santé et micro finance
- Les prouesses de l'UM-PAMECAS .
- Le démarrage récent des activités de la mutuelle de santé en février 2006 qui va nous permettre de faire l'évaluation à court terme.

La MS. répond aux cinq critères de définition d'une mutuelle de santé qui sont :

- la solidarité entre les membres
- prévoyance de la maladie
- l'autonomie dans la gestion
- bénévolat
- la non lucrativité

4.3.6. Méthodes d'analyse des données

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

4.3.7. Outils d'analyse des données

Logiciel Microsoft Excel

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V- Présentation & Analyse des résultats

5.1. Viabilité fonctionnelle

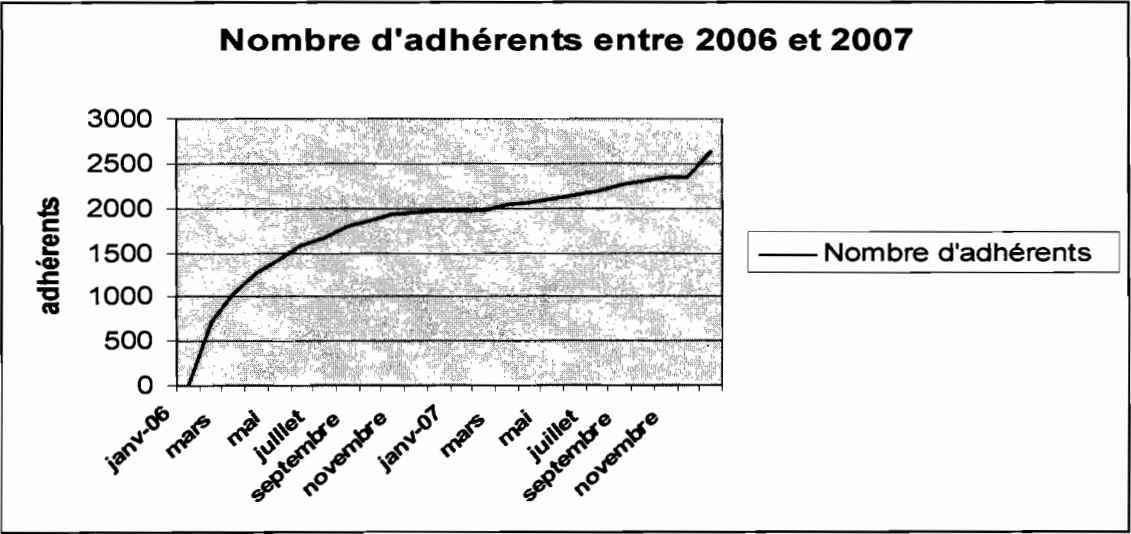
A. Dynamique des adhésions

Nous analyserons cette dynamique par rapport, à l'évolution du nombre d'adhérents et du nombre de bénéficiaires entre 2006 et fin 2007, aux taux de croissance, de fidélisation et de pénétration, au mode d'adhésion aux risques que peut présenter la mutuelle et à la compétence (niveau d'études) des gestionnaires.

Tableau N°X : Evolution du nombre des adhérents de la MS

Mois	Nombre d'adhérents 2006	Nombre d'adhérents 2007
janvier	0	1977
février	725	1979
mars	1036	2026
avril	1265	2069
mai	1429	2110
juin	1566	2148
juillet	1673	2192
août	1789	2256
septembre	1872	2301
octobre	1925	2338
novembre	1949	2350
décembre	1974	2637

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008



La mutuelle PAMECAS a tenu son assemblée générale constitutive avec 725 adhérents. Au terme du premier exercice, le nombre d'adhérents est passé de 725 en 2006 à 2637 en 2007 soit une augmentation de 72,51%. Cette évolution assez significative pourrait s'expliquer par l'expérience pilote du MECIB et des prouesses de l'UM-PAMECAS.

Aussi, nous remarquons qu'en février 2006, le nombre d'adhérents a évolué jusqu'en décembre 2006 où il avoisine 2000 adhérents. En 2007, ce nombre a légèrement augmenté et tourne autour de 2500 adhérents en décembre 2007.

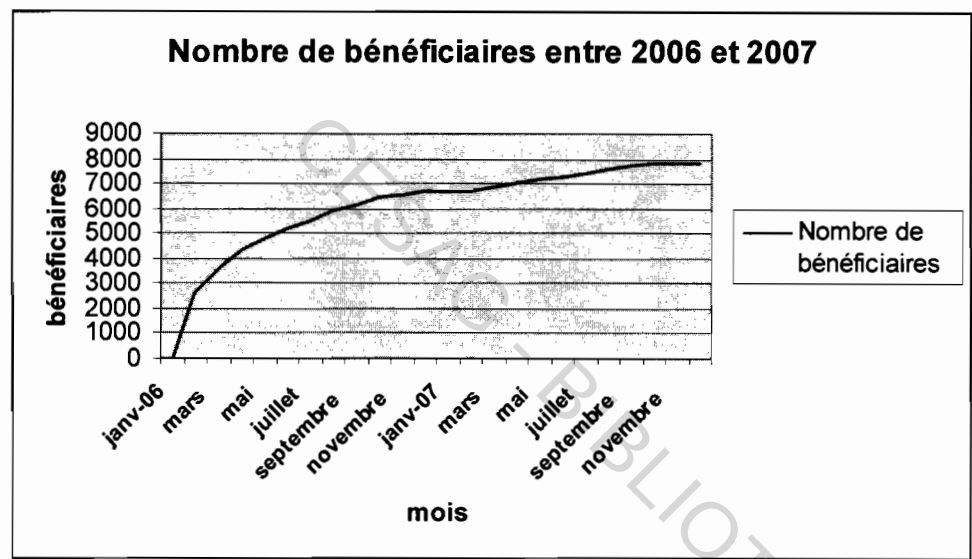
Cette faible augmentation du nombre des adhésions peut être expliquée par une politique de promotion non appropriée car les membres du réseau ont été sensibilisés. Et, ceci peut influencer négativement sur le taux de pénétration du public cible. Toutefois, le taux d'adhésion reste élevé.

Tableau N°XI : Evolution du nombre de bénéficiaires

Mois	Nombre de bénéficiaires 2006	Nombre de bénéficiaires 2007
janvier	0	6667
février	2628	6677
mars	3563	6825
avril	4295	7009
mai	4798	7143

juin	5193	7256
juillet	5494	7430
août	5872	7584
septembre	6103	7714
octobre	6450	7807
novembre	6555	7839
décembre	6663	7835

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 200



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

Tableau N°XII : nombre moyen de bénéficiaires

	2006	2007
Adhérents	1974	2637
Bénéficiaires	6663	8389
Taux de croissance des adhérents	-	33.59%
Taux de croissance des bénéficiaires	-	25.9%

Source MSPAMECAS février 2006

Le nombre moyen de bénéficiaires augmente entre 2006 et 2007 et ce nombre est trois fois plus élevé que le nombre moyen des adhérents.

1. Le taux de croissance

Cet indicateur mesure, l'accroissement de la taille de la mutuelle de santé sur une période donnée.

Il permet d'apprécier si la mutuelle de santé est en croissance (taux positif) en phase de stabilisation (taux proche de 0) ou en décroissance (taux négatif).

Pour la MS PAMECAS, le taux de croissance est : $T1 = (\text{adhérents 2007} - \text{adhérents 2006}) * 100 / \text{adhérents 2006}$.

$$T1 = 33.59\%$$

$$T1 > 0$$

Le taux de croissance brute est positif (33,59%). Ce résultat indique que la mutuelle de santé est en phase de croissance. Elle traduit une assurance des adhérents par rapport au produit et pourrait permettre à terme une autonomisation du système d'assurance.

2. taux de croissance brute des bénéficiaires

$$T2 = (\text{bénéficiaires 2007} - \text{bénéficiaires 2006}) * 100 / \text{bénéficiaires 2006}$$

$$T2 = 25.9\%$$

$$T2 > 0$$

Le taux a augmenté entre 2006 et 2007. Ce taux explique l'assurance et l'entraide vis-à-vis des personnes à charge.

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

3. Taux de fidélisation (T3):

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

Au niveau de la mutuelle de santé de PAMECAS, le taux de fidélisation pour la période 2006-2007 est égal à 95,59% en 2007 (source MSPAMECAS 2007) alors la norme du guide du BIT est de 100%.

Le taux élevé de fidélisation par rapport à la norme illustre la confiance des adhérents pour la mutuelle. Mais il traduit aussi une faible capacité d'affiliation nouvelle. Etant donné que la mutuelle de santé couvre les 35 caisses dispersées dans les différentes régions, il se pourrait que dans certaines caisses, on note une saturation du nombre des adhérents dans la zone d'intervention.

4- Taux de pénétration (T4)

C'est le rapport des bénéficiaires sur la population cible : $T4 = (\text{bénéficiaire 2006} / \text{public cible 2006}) * 100$

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

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

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

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

Nous nous sommes limité au calcul du taux de pénétration de la population cible de façon générale.

Le taux de pénétration a été calculé sur la base de calcul de la MS-PAMECAS :

Certains comptes de membres au niveau de l'UM-PAMECAS sont inactifs, ainsi la MS-PAMECAS a considéré 60% des membres de l'UM-PAMECAS multiplié par la taille moyenne d'un ménage qui est égale à 4. (MS-PAMECAS 2007)

On aura : public cible = membres de l'UM-PAMECAS * 60%*4

Et sur cette base nous avons :

$T4 = 1,53\%$ en 2006

$T4 = 2,08\%$ en 2007

(Source MS PAMECAS 2008)

On remarque une évolution modeste du taux de pénétration entre 2006 et 2007. Cependant ce taux reste très faible.

Ce faible taux de pénétration peut être expliqué par le fait que la mutuelle de santé a débuté ces activités très récemment en février 2006 et par l'insuffisance de politique de sensibilisation et de promotion du public cible.

B - Mode d'adhésion

L'adhésion volontaire des membres du réseau limite les autres à venir adhérer à la mutuelle de santé. Ce mode d'adhésion constitue un facteur bloquant pour la croissance de la mutuelle. En effet si le mode adhésion était obligatoire, cela pourrait permettre d'augmenter le taux de croissance des adhérents.

Toutefois l'adhésion obligatoire fera que la mutuelle ne sera plus considérée comme une mutuelle à caractère communautaire.

5-2- La viabilité technique

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

a. Le contrôle des prestations

Le contrôle des bénéficiaires ayant droit aux prestations est crucial. Les conventions conclues avec le prestataire prévoient que celui-ci ne fournira des soins que sur présentation des papiers d'identification énumérés plus haut ou tout autre moyen fourni par la mutuelle.

Mais la tendance est à la combinaison du coupon de garantie accompagnée de la carte de membre et de la photo du bénéficiaire de prestation. L'implication du prestataire dans le contrôle des ayants droits aux prestations est une mesure coercitive. Le bénéficiaire qui n'est pas à jour de ses cotisations ne peut bénéficier de soins.

Les conséquences sur la viabilité de la mutuelle de santé sont importantes vu que les prestations garanties ont un coût.

b. Compétence gestionnaire

Tableau N°XIII : niveau de formation des agents

Fonction	Formation
Coordinatrice	Bac + études supérieures
Agent suivi évaluation	Bac + études supérieures
Gestionnaire comptable	Bac + études supérieures

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Au vu de ce tableau, on remarque que tous les dirigeants ont reçu une formation supérieure. Ceci constitue un élément important car les dirigeants ont les compétences de gérer de façon efficace la mutuelle. Ils ont en parallèle une formation continue en analyse financière concernant l'assurance maladie.

Seulement avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires et la multiplication des caisses qui doivent être couvertes soit 35 caisses au total, le nombre de dirigeants est très insuffisant. D'où la nécessité de recruter d'autres agents ou d'impliquer des techniciens de l'UM-PAMECAS et leur donner des primes de motivation.

5-3 Viabilité institutionnelle

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

a- La fréquence des réunions par rapport aux dispositions statutaires.

Tableau N°XIV : Tableau des rencontres des organes en 2006 et 2007

Organe	Nombre de réunions à tenir	Nombre de réunions tenues		Nombre de participants attendus		Nombre de participants en moyenne par réunion	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007
Assemblée générale	01	01	01	53	112	53	104
Conseil d'administration	06	07	07	09	09	08	07
Conseil de surveillance	12	08	14	05	05	03	04

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Organe	Fréquence de référence des réunions	Fréquence de réalisation des réunions tenues en %		Taux de référence de participation aux réunions en %		Taux de participation réalisé aux réunions en %	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007
Assemblée générale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%
Conseil d'administration	100%	116 %	116%	100%	100%	88%	78%
Conseil de surveillance	100%	66 %	116%	100%	100%	60%	80%

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Tableau N°XV: Tableau d'évaluation de la fonctionnalité des organes en 2006 et 2007

La fréquence des réunions par rapport aux dispositions statutaires. Au regard de ces tableaux, les réunions tenues dépassent de loin les 100%, le taux de participation aux réunions et le taux de participation réalisé aux réunions est très satisfaisant. En moyenne ces taux avoisinent les 100%.

Ceci constitue un facteur positif pour la viabilité de la MS PAMECAS et montre que les membres de l'organisation accordent une importance particulière pour la survie de la mutuelle de santé. Ces réunions permettent de faire le suivi, le contrôle et d'amener des solutions en cas de problèmes liés au fonctionnement et à la gestion de celle-ci.

c. Convention avec les prestataires

Liste des prestataires est répartie entre Dakar ville, Pikine, Guédiawaye, Mbao, Rufisque, Mbour, Thiès, Tivaouane.

Tableau N°XVI : liste des prestataires en 2006 et 2007

Type de prestataires	Nombre de prestataires	
	2006	2007
Centres de santé	13	17
Postes de santé	21	24
Cabinets privés	02	07
Pharmacies	21	27
Total	57	75

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Au regard de ce tableau, nous remarquons que le nombre de prestataires conventionnés avec la mutuelle de santé a sensiblement augmenté passant de 57 en 2006 à 75 en 2007 soit une augmentation de 30%. Cette diversité des prestataires conventionnés améliore l'accessibilité géographique aux soins et constitue une source de motivation pour les membres de l'UM-PAMECAS à venir adhérer à la mutuelle.

Ce constat peut être expliqué aussi par ce que d'abord le réseau PAMECAS est une structure reconnue sur le plan national par les résultats positifs (mise en place de nouvelles caisses...).

Ensuite la confiance instaurée et le respect de ses engagements vis à vis des prestataires.

La passation de contrat avec le prestataire vise à améliorer l'accessibilité financière des bénéficiaires de la mutuelle de santé par la conclusion de clauses avantageuses relativement à la réduction du ticket d'entrée au niveau des postes et des centres de santé, à la réduction des tarifs, et au mode de paiement des soins.

Toutefois, l'une des conséquences de la conclusion de convention est de restreindre la liberté des mutualistes dans le choix du prestataire au moment de l'épisode de morbidité. Par cette technique, la mutuelle de santé veut de façon insidieuse contrôler le recours aux soins.

Cependant un problème de système de référence se pose car la mutuelle de santé n'a pas signé de conventions avec les hôpitaux. Ceci constitue un blocage vis-à-vis de certains qui doivent et qui n'ont pas le privilège d'aller vers ces structures.

Tableau N°XVII : contribution des structures d'appui

Structures d'appui	Montant alloué à la MS. (FCFA)	
	2006	2007
BIT et UM-PAMECAS	39 504 000	22 268 124

Source : enquête sur l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

Cette contribution baisse entre 2006 et 2007 ; cette baisse n'est pas conforme au plan de développement de la mutuelle qui prévoit un désengagement progressif de la structure d'appui au fur et à mesure que la mutuelle de santé est capable de se prendre en charge à travers la cotisation de ses membres.

c- les autorités locales

Les autorités locales (collectivités locales des zones d'implantation des caisses) ne sont jusqu'ici pas impliquées dans le fonctionnement de la MS PAMECAS, même si elles reçoivent des invitations pour participer aux CA.

Les liens entre la mutuelle de santé et les prestataires sont strictement institutionnels.

5.4. La viabilité financière

Elle peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers.

La maîtrise de la gestion financière est sous entendue par la maîtrise des outils de gestion que sont les livres et documents comptables. La bonne tenue de ces documents apporte non seulement de la clarté dans la gestion des institutions mutualistes mais aussi facilite le suivi des performances de celle-ci.

Pour l'analyse de la viabilité financière nous avons rencontré quelques difficultés liées aux données incomplètes pour l'année 2007. Nous avons donc utilisé les données de 2006 et quelques données 2007 pour le calcul des indicateurs relatifs à la viabilité financière.

4.1.1 Le taux de recouvrement des cotisations (T1)

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

- Le taux de recouvrement (T1) est égale à : (cotisations perçues/cotisations émises)*100

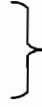
Tableau N°XVIII : taux de recouvrement des cotisations

	2006	2007
Cotisations perçues	9 714 050 francs CFA	14 380 605 francs CFA
Cotisations émises	12 961 500 francs CFA	22 583 000 francs CFA
Taux de recouvrement de la mutuelle de santé	74.94%	63.68%
Taux de recouvrement de	50%	50%

la moyenne nationale		
----------------------	--	--

T5 = +74.94 en 2006

T5 = +63.68% en 2007



Si on compare avec le taux de recouvrement de la moyenne nationale qui est de 50% (CAMICS 2007), nous remarquons que le taux de recouvrement (74.94%) en 2006 et le taux de recouvrement 2007 sont supérieurs tous les deux au taux de recouvrement de la moyenne nationale (50%).

Ces taux de recouvrement des années 2006 et 2007 sont positifs et supérieurs à 50%. Ceci constitue un véritable atout car l'année où elle a démarré ces activités, elle a réalisé un taux égal à 74,94%. Ce taux de recouvrement traduit la capacité de la mutuelle de santé à recouvrer les cotisations émises.

Ainsi nous pouvons dire que le couplage microfinance micro assurance santé a un effet positif sur le taux de recouvrement des cotisations.

Mais il se dégrade légèrement entre 2006 et 2007, ceci est lié au fait d'une mauvaise gestion de recouvrement au niveau des caisses.

En fait, il a été noté un retard de prélèvement par les responsables de certaines caisses dues à l'insuffisance d'automatisation des prélèvements.

D'autres facteurs expliquent cette baisse notamment l'inexistence de provisions dans certains comptes qui entraînent un retard de prélèvements.

4.1.2 Ratio de liquidité immédiate (T2)

Ce ratio mesure la solvabilité en comparant les disponibilités avec les dettes exigibles à court terme.

Il permet de savoir si la mutuelle de santé peut payer à temps ses prestataires.

Il permet également d'apprécier l'indépendance et la crédibilité financière de la MS. vis-à-vis des tiers en mesurant sa capacité à faire face à l'ensemble de ses engagements sans emprunter.

Le ratio de liquidité immédiate est égale aux (avoirs en caisse + avoirs en banque)*100/ dettes à court terme.

Avoirs en caisses + avoirs en banques sont égaux à 16 905 689 FCFA

Dettes à court : 26 373 929 FCFA

Ainsi le ratio de liquidité immédiate est égal à 64.1%.

La mutuelle de santé de PAMECAS n'est pas liquide et cela est justifié par un taux de 64,1% inférieur à 100% qui est la norme.

La MS. a beaucoup compté sur les avances de fonds effectuées pour son compte par l'UM-PAMECAS pour la mise en place et le paiement de certaines charges (achat des outils de gestion, fournitures de bureau, paiement de la location.)

Par rapport aux outils de gestion commandés, seule la moitié a été consommée.

Par ailleurs, il faut noter que les dettes (constituées par toutes les avances de fonds de l'UM-PAMECAS depuis la phase de l'étude de faisabilité) pourraient être épongée par le décaissement effectif des subventions attendues de la fondation de l'UM-PAMECAS.

4.1.3 Ratio de solvabilité (T3)

Il est égal aux capitaux propres par rapport à la dette

Les capitaux propres s'élèvent à 1 832 602 francs CFA

La dette s'élève à 26 370 498 francs CFA

$T3 = 6,9\%$

La solvabilité (6,9%) de la mutuelle de santé n'est pas bonne. Elle est très faible et la mutuelle de santé reste débitrice à l'UM-PAMECAS ;

4.1.4 Ratios cotisations acquises / charges (T4)

Ces ratios permettent de voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations.

Aussi, ces ratios permettent de juger du niveau de couverture des charges au moyen de cotisations. En cas de couverture insuffisante, la MS peut éprouver à moyen terme des difficultés à tenir ces engagements.

$T4 = \text{cotisations acquises} / \text{charges d'exploitation}$

Au niveau de la MS,

$T4 = 12\,961\,500 / 15\,010\,869$ en 2006

$= 0,86 < 1$

Les cotisations acquises sur les charges d'exploitation montrent que les cotisations ne sont pas en mesure de couvrir entièrement les charges d'exploitation. Ainsi la mutuelle de santé est amenée à trouver des ressources additionnelles pour la couverture de ce gap qui est égale à $100\% - 86\% = 14\%$

4.1.5 Ratio cotisations acquises / charges totales (T5)

T5= cotisations acquises / charges totales

T5= $12\,961\,500 / 15\,521\,740 = 0,83$ soit 83%

Les cotisations acquises sur les charges totales montrent que les cotisations sont loin de couvrir les charges totales. On voit qu'on a un gap qui tourne autour de 17%.

4.1.6 Ratio de sinistralité (T6)

Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisé au remboursement ou au paiement des prestations. On estime de l'ordre 75% le ratio de sinistralité pour une MS performante. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

Le taux de sinistralité est le rapport entre les prestations totales et les cotisations acquises.

T6 = prestations totales*100 / cotisations acquises

Tableau N°XIX : ratio de sinistralité en 2006 et 2007

	2006	2007
Prestations totales	1 375 066 francs CFA	4 291 005 francs CFA
Cotisations acquises	12 961 500 francs CFA	22 583 000 francs CFA
Ratio de sinistralité	10.6%	19%
norme	75%	75%

La norme de référence est de 75%. La mutuelle de santé a réalisé un pourcentage de 10,6% en 2006 et un pourcentage de 19% en 2007. Même avec une évolution de ce ratio, la MSPAMECAS ne justifie pas encore bien sa fonction d'assurance maladie. En effet les ratios de sinistralité sont inférieurs à la norme.

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

4.1.7 Ratio des frais de fonctionnement brut (T7):

Ce ratio mesure la part des ressources financières de la mutuelle de santé utilisées pour son fonctionnement. Il est admis qu'un ratio inférieur ou égal à 15% est d'un niveau approprié.

Il est souhaitable que ce ratio soit le plus bas possible.

Ainsi $T7 = \text{autres charges} / \text{total produits}$

$T7 = 13\,635\,803 / 15\,876\,500 = 0,85$ ou 85% en 2006

Les frais de fonctionnement brut représentent 85% du total des produits. Ce taux reste très élevé et montre que la MS utilise l'essentiel de ses ressources au fonctionnement. Les achats de carnets, attestations de soins, coupons de garanties, frais de déplacement et de location représentent l'essentiel des charges.

Des efforts de rationalisation des dépenses (par exemple choix de la meilleure offre pour l'achat des outils de gestion) devront être faits pour réduire au maximum les charges de fonctionnement.

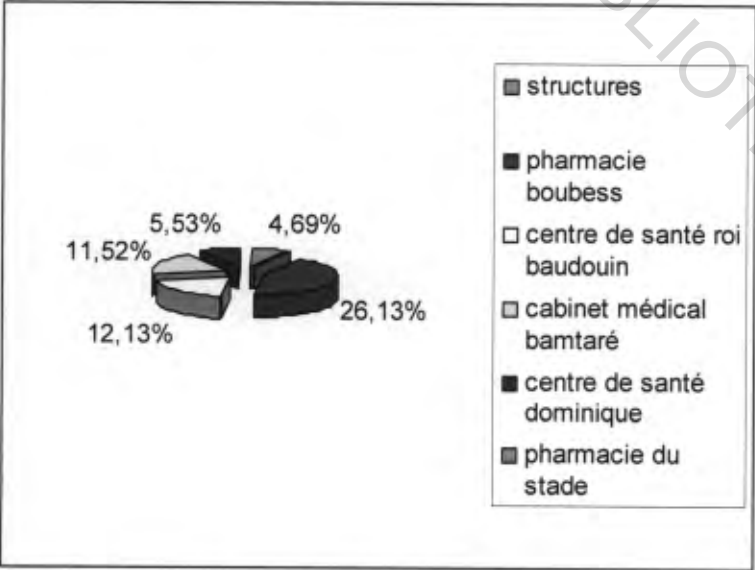
4.1.8. La répartition des dépenses par prestation

Le montant total des dépenses de prestations en 2006 s'élève à 1 375 066 FCFA. Et, Le montant total des dépenses de prestations en 2007 s'élève à 4 291 005 FCFA

La plus grande partie des dépenses (60%) en prestations de soins sont réparties principalement entre cinq (5) structures :

Tableau N°XX : répartition des dépenses en prestation selon les structures

structures	Dépenses en prestations
pharmacie boubess	26,13%
centre de santé roi Baudouin	12,13%
cabinet médical bamtaré	11,52%
centre de santé Dominique	5,53%
pharmacie du stade	4,69%



Source MS PAMECAS, synthèse exercice 2006.

On note une évolution notable des dépenses en prestations

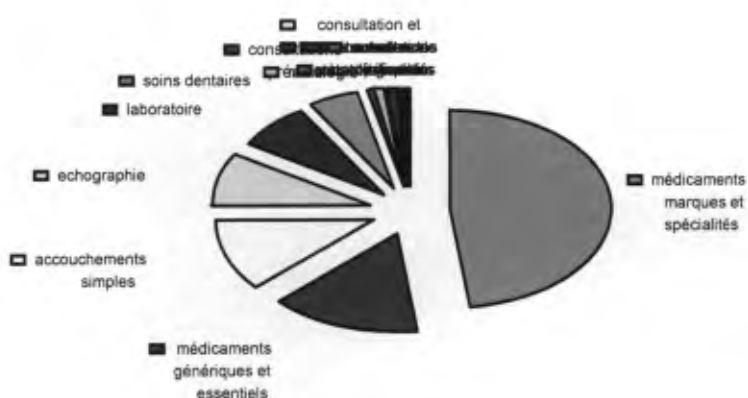
3.1.3 La répartition des dépenses par acte

Tableau N°XXI : répartition des dépenses par acte

Actes	Dépenses en %
médicaments marques et spécialités	47,89%
médicaments génériques et essentiels	15,14%
accouchements simples	11,71%
échographie	9,02%
laboratoire	7,29%
soins dentaires	5,26%
consultations prénatales	0,98%
radiologie	0,79%
autres actes maternités	0,75%
observation	0,43%
consultation et soins dermatologiques	0,35%
soins maternels et infantiles	0,19%
autres actes de diagnostic	0,07%
consultations postnatales	0,05%
autres actes préventifs	0,02%

Source : MSPAMECAS, 2007

Répartition des dépenses de soins.par acte



La répartition des dépenses par acte montre que les médicaments de marques et spécialités (47,89%), les médicaments génériques et essentiels (15,14%) et les accouchements simples constituent les actes les plus importants.

Et même en 2007, la moitié du total des prestations soit 80% est essentiellement représentée par les médicaments de marques et spécialités, les médicaments essentiels.

Par ailleurs, il faut noter que les médicaments de marque et spécialités bien que pris en charge à 25% constituent plus de la moitié du total des prestations. A ce niveau il faudrait sensibiliser d'avantage les bénéficiaires car il n'y a pas de distinctions entre les médicaments essentiels ou génériques et les médicaments de spécialités.

5.5. Viabilité économique

$T8 = (\text{total produit avant subvention}) * 100 / (\text{total charges} + \text{coûts cachés valorisés})$

Coûts cachés

Un coût peut être défini économiquement comme la valeur des ressources consommées pour produire un bien ou service.

Les coûts cachés correspondent à des ressources mises à la disposition de la mutuelle de santé sans que celui-ci n'ait à en supporter la charge financière. Ces ressources sont effectivement consommées dans le cadre de son activité mais non comptabilisées.

En 2006, au niveau de la mutuelle de santé du PAMECAS, les coûts cachés sont égaux aux :

- Salaires coordinatrice et salaire chargé du suivi = 6 854 400 francs CFA
- Amortissements mobilier = $(600\,000 / 10 * 12) * 11 = 55\,000$ francs CFA
- Appui technique BIT = 3 000 000 francs CFA
- Amortissement logiciel Mas Gestion = 500 000 francs CFA

Ces coûts cachés s'élèvent à 10 409 400 francs CFA

Total charges + coûts cachés = 25 931 140 francs CFA

$T8 = (14\,556\,500 / 25\,931\,140) * 100 = 56,1\% < 100\%$ la norme

Le rapport entre total des produits avant subventions sur le total des charges plus les coûts cachés donne un pourcentage de 56,1% ce qui signifie que la mutuelle de santé du PAMECAS n'est pas encore à mesure de fonctionner en comptant sur ses ressources propres.

En conclusion nous pouvons dire que la mutuelle de santé PAMECAS, après une année de fonctionnement, n'est pas encore viable économiquement.

Pour rappel, l'atteinte du seuil de rentabilité est prévue après cinq (5) ans d'exercice.

5.6. L’efficacité du système

L’efficacité du système sera évaluée à travers le taux d’utilisation des services de santé par les bénéficiaires. Ce taux est exprimé par le rapport du nombre de prestations prises en charge et le nombre moyen de bénéficiaires.

Tableau N°XXII : fréquence réelle d’utilisation des services en 2006

Services	Fréquence réelle d'utilisation des services
Consultations et soins spécialisés	2 1%
Consultations préventives	1,7 %
Examens	4,6%
Hospitalisations	0,5%
Maternité	1.9%
Médicaments	28%

Source : MSPAMECAS, synthèse exercice 2006

L’analyse de ce tableau montre que le taux d’utilisation des services reste encore faible. Des actions de sensibilisation devront être entreprises pour permettre aux bénéficiaires de profiter efficacement des services offerts.

VI –
Points forts
&
Points faibles

Les points essentiels qui découlent de nos analyses sont synthétisés dans le tableau ci-dessous :

Tableau N°XXIII : synthèse des points forts et faibles

Points forts	Points faibles
- Taux de croissance des adhésions élevé - Expérience de UM-PAMECAS : facteur favorisant l'adhésion des individus à la mutuelle de santé - Adapté à la capacité contributive des adhérents potentiel - Assurance et sécurité du fait du couplage. - taux de croissance élevé - Fidélité des adhérents bonne (taux de fidélisation élevé) - Cas d'abandon très faible (0,25% en 2006 et 0,4% en 2007) - Niveau de formation élevé des dirigeants de la mutuelle de santé - Existence d'outils de gestion - Bonne organisation structurelle - Fonctionnalité des organes de gestion satisfaisante (fréquence des réunions tenues et taux de participation aux réunions égaux conformes aux dispositions statutaires). - Appui technique et financier du BIT et de la fondation PAMECAS - Relation avec la structure	- Politique de promotion et de sensibilisation peu efficace - Taux de pénétration faible - Nombre de dirigeants insuffisants pour la gestion, le suivi et l'évaluation de la MS. - Absence d'organe de contrôle des risques. - Absence de convention avec les hôpitaux : Problème de système de référence - Insuffisance d'un cadre juridique : facteur limitant pour de futurs relations avec les partenaires - Faible implication des autorités locales - Retard dans la transmission des factures des prestataires - Montant total des cotisations faible par rapport aux dépenses de prestations - Retard de prélèvements des cotisations par les agents au niveau des caisses : taux de recouvrement variable d'un mois à l'autre - Inexistence de provisions dans certains comptes

d'épargne et de crédit du PAMECAS - Le paquet de bénéfice - Augmentation de la liste des prestataires conventionnés : liberté de choisir n'importe quel prestataire pour bénéficier des soins. - Accessibilité géographique - (proximité des structures de soins - Forte implication des prestataires dans le fonctionnement de la mutuelle - Baisse de la contribution financière des structures d'appui : autonomie financière d'ici quelques années (5ans) - Taux de recouvrement élevé	- Les indicateurs de la viabilité financière globalement faible en 2006 - Utilisation quasi-totale des ressources pour les dépenses de fonctionnement (non maîtrise des dépenses de fonctionnement - Absence de médecin conseil et d'économiste de la santé - non prise en charge des indigents
---	--

Source : l'évaluation de la viabilité de la MS PAMECAS de Fatimata C.Sall , 2008

VII- Conclusions & Recommandations

Au terme de cette étude, il est indispensable de tirer des observations dans le sens de voir si les objectifs visés ont été atteints.

il faut souligner que certaines analyses approfondies n'ont pas pu être menées à cause des difficultés liées à la collecte de l'information. Surtout des informations ayant trait à l'analyse de la viabilité financière pour l'exercice 2007.

L'exploitation de ces données aurait permis de vérifier, de renforcer et de comparer avec les observations faites au niveau des indicateurs financiers de 2006.

Toutefois ces problèmes n'ont pas empêché d'évaluer la viabilité de la mutuelle de santé de l'UM-PAMECAS afin d'exploiter les opportunités et proposer des solutions.

La MS-PAMECAS est une mutuelle de santé communautaire assez particulière car elle est reliée à une institution de microfinance (épargne et crédit).

Ce caractère particulier constitue un atout dans la mesure où, dès le début des activités, les frais de gestion et les frais techniques ont été pris en charge par la fondation de l'UM- PAMECAS. Cette structure continuera à prendre en charge la gestion de la mutuelle de santé jusqu'en 2010, période à laquelle la mutuelle de santé sera considérée comme autonome

En outre, les résultats obtenus ont permis d'analyser les différents indicateurs d'évaluation de la viabilité de la mutuelle de santé.

Par rapport aux adhésions

Malgré le démarrage récent des activités de la mutuelle de santé, le taux d'adhésion a progressivement augmenté du fait du couplage, environ 2000 adhérents l'année de démarrage et environ 2600 adhérents la deuxième année soit une augmentation de + 30%.

Par rapport aux cotisations des membres

Le taux de recouvrement des cotisations est satisfaisant : le taux est égal à 74,94% supérieur à la moyenne nationale qui est de 50%. Mais ce taux a un peu baissé lors de la deuxième année du fait du retard de prélèvement au niveau des caisses et du manque de provisions dans certains comptes...

Nous pouvons dire que le couplage a une influence positive sur le taux de recouvrement des cotisations si on arrive à résoudre ces problèmes.

Par rapport aux taux de pénétration du public :

Il est très faible, la mutuelle de santé est menacée si des actions de sensibilisation ne sont pas menées très rapidement.

Par rapport à la viabilité institutionnelle

Nous pouvons dire que le couplage a une influence positive sur la viabilité institutionnelle, au vu du niveau de qualification des dirigeants et de leur forte implication et la diversité des prestataires conventionnés qui améliore l'accessibilité financière des bénéficiaires et l'accessibilité géographique.

Par rapport à la viabilité financière et économique

Avec un ratio de liquidité immédiate qui est de 64% et un ratio de sinistralité de l'ordre de 19% très inférieur à la norme. Le couplage n'a pas une influence positive à court terme sur la viabilité financière et économique, en effet après deux exercices, la mutuelle de santé n'est pas autonome financièrement. L'autonomie financière est prévue en 2010.

A l'issu de notre analyse, nous pensons qu'il est indispensable de formuler des recommandations.

Recommandations à l'endroit des décideurs

- Finaliser le cadre juridique sur les mutuelles de santé pour rendre plus crédible la mutuelle de santé et pour créer des opportunités avec les partenaires extérieurs et les bailleurs.
- Organiser des journées de sensibilisation pour promouvoir cette nouvelle forme de système.

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

• Au niveau de la gestion et organisation

- Renforcer les compétences techniques des dirigeants par des formations continues (séminaires de formation ou atelier de formation au niveau national, sous régional ou international) afin de partager

d'échanger les expériences avec d'autres dirigeants qui gèrent ce même type de mutuelles de santé.

- Solliciter d'avantage l'aide des gestionnaires de l'UM-PAMECAS dans le suivi de la mutuelle de santé par le recrutement d'un gestionnaire de la santé au minimum.
- Mettre en place un organe de contrôle des risques par :
- La négociation des services d'un médecin conseil en vue de contrôler le respect par les prestataires des normes pour lutter contre la sélection adverse.
- Mettre en place un organe de gestion des risques semble être une priorité car la viabilité de la MS dépend étroitement de la maîtrise des risques.
- solliciter l'appui des techniciens de l'UM-PAMECAS qui auront pour rôle d'analyser les coûts dans l'idée de maîtriser les coûts et donner des primes de motivations à ces derniers.
- Veiller à effectuer à temps le prélèvement des cotisations.
- Désigner des membres volontaires qui seront motivés par des primes. Ces membres auront pour rôle de faire les tours des caisses et d'aider les gérants aux prélèvements des cotisations.
- Revoir le taux de cotisation de 250FCFA
- signer des conventions avec les hôpitaux, afin de résoudre le problème de référence.
- Automatiser les systèmes de prélèvement au niveau des caisses

Au niveau économique

- Il serait souhaitable, compte tenu du fait que la mutuelle de santé travaille avec l'UM-PAMECAS, de créer des activités génératrices de revenus pour les membres afin d'alimenter leurs comptes.
- Octroyer des crédits à ces membres
- Réaliser des enquêtes de satisfaction par rapport à l'offre de soins pour améliorer les prestations.

- L'UM-PAMECAS devrait pendre en charge les coûts cachés pour une meilleure gestion de la mutuelle.
- Maîtriser les dépenses de fonctionnement par la rationalisation des dépenses liées à la gestion technique de la mutuelle. Par exemple choix de la meilleure offre pour l'achat des outils de gestion.

Promotion, information sensibilisation

- Multiplier les campagnes de promotion et de sensibilisation : par la voix des médias (télévision, radio, Internet, presse écrite...)
- Organisation des séances de sensibilisation mensuelle par le biais des films, théâtre, danse traditionnelle.
- Inviter des artistes ou des musiciens lors de ces manifestations culturelles pour vulgariser et promouvoir la MS. Ce dernier volet est très important dans la mesure où il permet de faire connaître la mutuelle, d'inciter la population à venir adhérer massivement à la mutuelle de santé.

Recommandations à l'endroit des autorités locales

- Sensibiliser les autorités locales de l'importance de mutuelle de santé dans l'amélioration du bien être des individus.
- Nouer des relations avec ces autorités locales dans la perspective de promouvoir la MS (utilisation des locaux de la mairie et du centre socioculturel à l'occasion des séances de sensibilisation).

ANNEXES

Bibliographie

Dossier documentaire

1. Daff, B. M. (mai 2000). étude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins. Mémoire DSES. Dakar.
2. Fall, Aboubacry. (mai 2001). Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal. Mémoire DSES.Dakar
3. Sall, F.Coumba. (2003). Le rôle de la microfinance dans la vie économique et sociale au sénégal. Mémoire CAEMTP. Dakar.
4. Sène, Mbaye. (décembre 2000). L'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé : la contribution des mutuelles de santé au Sénégal. Mémoire. Maître service social. Laval.

Rapports, revues et synthèse de travaux

5. Annuaire statistique 2006 : service national de l'information sanitaire. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Sénégal. Juillet 2007.
6. Atim, C. (mars 2000). Contribution des mutuelles de santé au financement et à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse de travaux de recherche menée dans neuf pays de l'Afrique de l'ouest et du centre.
7. Chris, A. Diop, F. Bennett. (Septembre 2005). déterminant de la stabilité financière des mutuelles de santé. Etude menée dans la région de Thiès.
8. Churchill, C.F. Liber,D. Mccord, M.J. Roth,J.(2004). l'assurance et les institutions de microfinance. Guide technique pour le développement et la prestation de services en micro-assurance. Genève, 250 pages.
9. Enquête démographique et santé 2005 : indicateurs de base. Ministère de la santé et de la prévention médicale. janvier 2006. (Résultats provisoires).
10. Etude sur la fonctionnalité des mutuelles de santé dans la région de Fatick, Sénégal, CTB, CAFSP, 2007.

11. Labie, M. Ilère, N. Marthe, N. Wélé, P. (2004). analyser l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé/ synthèse de réflexions à partir de trois cas béninois.
12. L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutte contre la pauvreté, Banque Mondiale, Juillet 2006.
13. Louvain Développement, PROMUSAF : Développement des mutuelles de santé, rôle et place des acteurs dans les relations avec les prestataires de soin, rapport général, 62 pages.
14. McCord, M.J (avril 2004). microassurance centre note technique# 1
15. OMS : travailler ensemble pour la santé. Rapport de la santé dans le monde. 2006.
16. Poursat, C. (2004). micro-assurance santé et microfinance. Quelques enseignements du programme pilote du GRET au Cambodge, rapport.
17. Plan de développement de la mutuelle de santé du PAMECAS. Rapport .Octobre 2005.
18. Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal. Ministère de la santé. juillet 2004.
19. Rapport de synthèse : exercice 2006. Mutuelle de santé du PAMECAS.
20. Shaw, R.P and C. Griffin (1995). Financing health care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance. 1-99. Washington: World Bank.

Guide

21. Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique. BIT/STEP. Genève 2003
22. La micro-assurance santé en Afrique : guide d'introduction à la mutuelle de santé. BIT/STEP. Tome I. 2001.
23. La micro-assurance santé en Afrique : guide d'introduction à la mutuelle de santé. BIT/STEP. Tome II. 2001.
24. L'assurance et les institutions de microfinance, guide technique pour le développement et la prestation de services de micro-assurance, BIT, 2004.
25. OIT : l'assurance et les institutions de microfinance. Guide technique pour le développement et la prestation de services de microfinance. 2004.
26. Churchill, C. Liber, D. McCord, M. J (2003). making insurance work for microfinance institutions, a Technical Guide to developing and delivering microinsurance.

Guide d'entretien adressé aux responsables de la MS.

1. viabilité institutionnelle

Existence d'un cadre institutionnel

Nombre de structures d'appui en relation avec la M.S

Les différentes structures d'appui

Les sources de financements

Le montant alloué par ces structures d'appui (2006 2007)

Existence d'un système de contrôle

Relations avec les autorités sanitaires

Relation avec les autorités locales et autres

Relations avec les prestataires

2. viabilité fonctionnelle et technique

Taux de croissance des adhésions

Nombre d'adhérents 2006

Nombre d'adhérents 2007

Taux de croissance des bénéficiaires

Nombre de bénéficiaires 2006

Nombre de bénéficiaires 2007

Taux de fidélisation

Taux de pénétration

Mode gestion des risques

Existence d'un organe de gestion

Nombre de réunions organisées

Nombre de réunions tenues

Existence d'outils de gestion

Qualité de la tenue de l'outil

Compétence des gestionnaires

3. viabilité financière (2006-2007)

Evolution des cotisations

Evolution des dépenses

Taux de recouvrement

- Montant cotisations perçues 2006-2007
- Montant cotisations émises 2006-2007

Ratio de liquidité immédiate :

- $(\text{Avoirs en caisse} + \text{avoirs en banque}) / \text{Dettes à court terme}$

Ratio de couverture des charges :

- Réserves
- Charges en prestations

Ratio des cotisations acquises/ charges d'exploitation

- Cotisations acquises
- Charges totales

Ratio de sinistralité

- Prestations totales

Ratio des cotisations acquises/ (charges + coûts cachés)

4. Efficience et/ou efficacité

Taux d'utilisation des services

Guide d'entretien adressé aux responsables de la CAMICS

Disponibilité de structures d'appui aux mutuelles de santé fonctionnelle au niveau central

Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles associés à un schéma de micro crédit/épargne

État de connaissances sur les systèmes d'assurance maladie

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Guide d'entretien adressé aux prestataires

Relations avec la Mutuelle de santé

Respect des engagements.

CESAG - BIBLIOTHEQUE