

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

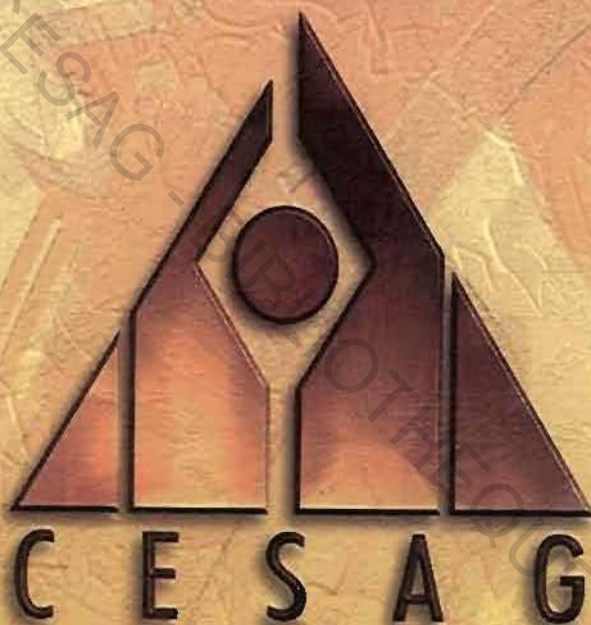
MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES

EN ECONOMIE DE LA SANTE

11^{ème} Promotion - Année académique 2008-2009



THEME:

**ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES MUTUELLES DE SANTE
COMMUNAUTAIRES DU DEPARTEMENT DE GUEDIAWAYE MEMBRES DE
L'UNION DES MUTUELLES DE SANTE DE DAKAR (UMSD)**

Elaboré par

**KONAN Kouamé Marcellin
Economiste**

Directeur de mémoire

**Dr Ousseynou DIOP
Economiste de la santé
Enseignant associé au CESAG**

M0152DSES10

2

09

Bibliothèque du CESAG



104653



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	I
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VI
SIGLES ET ABREVIATIONS	VII
INTRODUCTION	1
PROBLEMATIQUE	4
OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
Objectif général	7
Objectifs spécifiques	7
HYPOTHESES DE RECHERCHE	7
INTERET DE L'ETUDE	8
LIMITES DE L'ETUDE	9
PREMIERE PARTIE: CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE	10
CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	11
I – DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS	11
1- Le concept Performance	11
2- Le concept Mutuelle	11
3- Le concept Mutuelle communautaire	12
4- Les cotisations émises	13
5- Les cotisations perçues	13
6- Les cotisations acquises	13
7- La mobilisation de ressources	13
8- L'accessibilité aux soins de santé	13
9- La viabilité fonctionnelle	13
II – REVUE DE LA LITTERATURE	13
1- Etudes sur des difficultés des mutuelles de santé	14
2- Etudes sur les mutuelles de santé et leur force de contribution au financement du secteur de la santé	14
3- Etudes portant sur la contribution des mutuelles de santé au financement et accès aux soins	15
4- Etudes portant sur la performance des mutuelles de santé	16
III – METHODOLOGIE DE RECHERCHE	18
1- Stratégies de la recherche	18
2- Méthode de collecte des données	18
3- Méthode d'analyse des données	18
CHAPITRE II: CONTEXTE DE L'ETUDE	19
I – PRESENTATION DU SENEGAL	19
1- Aspect démographique	19
2- Politique de santé et financement de la santé	20
3- Système de santé	21
3-1- Organigramme du système de soins de santé	21
3-2- Quelques indicateurs de Couverture sanitaire	22
4- Système de protection sociale	23
4-1- Régime maladie obligatoire	23
4-2- Le régime maladie volontaire	24
5- Emergence et évolution des mutuelles de santé au Sénégal	25

II- PRESENTATION DE L'UNION DES MUTUELLES DE SANTE DE DAKAR.....	26
1- Objectifs de l'UMSD.....	27
2- Organigramme.....	28
3- Réalisations.....	29
3-1- UMSD avant le recrutement d'un personnel technique.....	29
3-2- UMSD avec un personnel technique.....	30
3-2-1- Suivi-évaluation.....	31
3-2-2- Appui-conseil.....	31
3-2-3- Formation.....	31
3-2-4- En représentation et plaidoyer.....	32
3-2-5- Développement de services communs.....	32
3-2-6- Perspectives.....	33
DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL ET ANALYSE DES DONNEES.....	35
CHAPITRE I: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	35
I – Présentation et analyse des indicateurs existants.....	35
1-1- Les prestations et prestataires conventionnés.....	36
1-2- Caractéristiques de la prise en charge.....	38
1-3- Synthèse des difficultés et problèmes rencontrés.....	39
1-4- Organisation et gestion.....	42
II- Présentation et analyse des indicateurs calculés de performance.....	44
2-1- Le taux de croissance brute.....	44
2-2- Le taux de recouvrement des cotisations.....	47
2-3- Le taux de sinistralité.....	48
2-4- Le taux de fidélisation.....	49
2-5- Le taux de couverture de la population.....	50
CHAPITRE II: DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	51
I- DISCUSSION.....	51
II- RECOMMANDATIONS.....	54
1- LES MUTUELLES.....	54
2-L'UMSD.....	55
3-L'ETAT:.....	55
CONCLUSION.....	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
ANNEXES.....	64

DEDICACES

Avant toutes choses, que gloire soit rendue à **DIEU** par l'entremise de son fils **Jésus-Christ** et sa mère la **Vierge Marie** pour leurs protection et pardon à notre égard.

Par ailleurs, le présent travail est dédié à toutes ces personnes connues ou anonymes qui nous sont chères, ainsi qu'à toutes celles qui n'ont ménagé aucun effort pour que cette formation se déroule dans les meilleures conditions.

Nous voudrions plus spécialement le dédier à:

A notre regrettée défunte mère, KOUADIO Bla

Tu aurais pu être là. Hélas!!! Cela nous fait très mal de le confesser à titre posthume en te disant un profond et sincère merci pour toutes ces valeurs que tu nous as enseignées. De là où tu es, continue à prier pour tes enfants et pour toutes ces personnes qui leur trouvent de la valeur et assistance.

Que la terre te soit légère et éternellement, notre esprit ne faillira pas à oublier ta mémoire.

A notre défunt grand-père, N'DRI Kouadio

A notre défunt oncle, KOUADIO N'dri

A notre défunte sœur, DIBI Victoire

A tous nos défunts parents

Bien que vous ne soyez plus là, vous resterez gravés dans notre esprit à jamais.

A notre grand-mère, YAO Amenan,

A toute notre famille

Nous nous adjoignons au Seigneur pour vous remercier de votre soutien et vos conseils.

A notre femme, BEDE Denise Constancia

Une femme spéciale sur qui, notre seigneur veillera toujours afin qu'elle ait la santé et toutes les grâces de DIEU. La vie de couple est difficile; tiens bon et on arrivera à bout des combats futurs avec la bénédiction du Tout Puissant.

Merci infiniment de ta bonté.

A tous ceux qui nous sont chers

Que l'Eternel des armées vous accorde sa grâce!

REMERCIEMENTS

La formation est l'affaire d'une coopération. Et la tradition voudrait que l'on rende hommage à tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à celle-ci.

Nous voudrions adresser nos sincères remerciements à:

- BEDE Whayeletti Constanica Denise, pour avoir bien voulu financer cette formation,

Nous remercions également :

- Dr Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé
- Dr EL Hadji GUEYE, Chef du Département Economie de l'ISMS
- Dr DIOP Ousseynou, Enseignant associé au CESAG, qui a accepté volontiers de nous encadrer pour ce travail,
- Mr Hervé LAFARGE, Maître de conférences à l'Université Paris Dauphine et Enseignant associé au CESAG, pour ses conseils et son orientation sur notre travail,
- Nos remerciements et notre reconnaissance s'adressent aussi à tous les Enseignants du CESAG, pour leur sacrifice et dévouement à dispenser un enseignement de qualité,
- Mr Daouda Demba BA, Secrétaire Général de L'Union des Mutuelles de Santé de Dakar (UMSD) pour sa disponibilité et sa contribution enrichissante pour notre travail,

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'endroit de:

- Mme GUEYE Fatoumata, Assistante des programmes à l'ISMS pour sa sympathie et sa disponibilité à notre égard;
- Tout le personnel du CESAG, pour leur sympathie à notre égard tout au long de notre passage académique;
- Tous les Stagiaires de la 11^{ème} Promotion de l'Economie de la Santé avec une mention spéciale au Groupe 4
- Toute la communauté ivoirienne de Dakar et particulièrement du CESAG (AIC);
- Toutes nos connaissances à Dakar, pour leur convivialité;
- Nos amis et camarades, Andjou François, DJAHA Tilder, Ettien, Tanoh Fidèle; ANOH Rémi, BROU Sylvain, Appolinaire, Koffi, Franck et Innocent, merci pour vos soutiens et conseils;

- Nos cousins, neveux, sœurs et frères, Justine, Mariotte, Molière, Alembert, Augustin pour leur respect et prières à mon égard;
- Nos tantes et oncles, Yobouet, Souanga, Djaha, Ahoutou, N'zué, M'meh, Madjoua, Amego, Richard, Monnin, Tannou, pour leur affection, soutien et conseils inestimables,
- Mme et Mr BEDE Paul et enfants,
- Laura CAMERO et Valerio PEDRUCCI, pour leur soutien à notre épouse,
- De Martin Mariaelena et Dr Placide TAPSOBA, pour leurs soutiens inestimables
- Mes cohabitants: Tiémoko, Anderson, Koné, Sékou, Tko, François, Soro, Pauline
- Toutes nos connaissances et particulièrement les membres de la JESCA, pour qui, les noms ne figurent pas ici, soyez indulgents car Dieu vous récompensera;

Merci à vous tous, pour votre soutien et vos conseils.

CEASAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le modèle empirique de la performance des mutuelles de santé	16
Figure 2: Le trajet de recours de soins de santé du mutualiste malade	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Situation de certains indicateurs et ratios de santé du Sénégal (2007).....	22
Tableau 2: liste des variables et indicateurs retenus dans l'étude	35

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Les dix (10) premières maladies les plus fréquentes au Sénégal en 2007	23
Graphique 2: Evolution du nombre des mutuelles de santé (2003)	26
Graphique 3: Organigramme de l'UMSD	29
Graphique 4: Evolution du taux d'adhésion/ Mutuelle de 2007 à 2008.....	44
Graphique 5: Evolution du taux des bénéficiaires / Mutuelle de 2007 à 2008	45
Graphique 6: Evolution du taux des personnes à charge / Mutuelle de 2007 à 2008	46
Graphique 7: Evolution du ratio de recouvrement/Mutuelle de 2007 à 2008	47
Graphique 8: Taux moyen de sinistralité/ Mutuelle de 2007 à 2008	48
Graphique 9: Evolution du taux de fidélisation de 2007 à 2008	49
Graphique 10: Taux moyen de la couverture par mutuelle en 2008	50

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADA	Appui au Développement Autonome
ANSD	Agence Nationale de la statistique et de la Démographie
BIT	Bureau International du Travail
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, aux IPM et aux Comités de Santé
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CESAG	Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion
CS	Centre de Santé
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
DSRP	Document stratégique de la Réduction de la Pauvreté
ENDA-GRAF	Environnement du Tiers Monde du Groupe de Recherche Action Formation
FAR	Femme en Age de Reproduire
FMI	Fonds Monétaire International
FNR	Fonds National de Retraite
GMS	Groupement Mutualiste Solidaire
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information Education Communication
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance et Retraite Sociale
MAS	Micro-Assurance Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de La Santé
PAC	Personne à charge
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PDIS	Programme Intégré de Développement Sanitaire
PED	Pays en Voie de Développement
Phcie	Pharmacie
PNDS	Plan National de développement sanitaire
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PROFEMUR	Promotion de la Femme en Milieu Urbain et Rural
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PS	Poste de Santé
SCAC	Service de coopération et d'Action Culturelle
SFE	Sage Femme d'Etat
SFG	Système Fédéral de Garantie
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SMDS	Sommet Mondial sur le Développement Social
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SPT	Santé pour Tous
SSP	Soins de Santé Primaires
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale
TS	Technicien Supérieur
UMSD	Union des Mutuelles de Santé de Dakar
VIH	Virus de l'Immunité Humaine

INTRODUCTION

De la politique de Santé pour Tous (SPT) en 1978, en passant par celle des Soins de Santé Primaires (SSP) à nos jours, le financement des soins de santé demeure une des principales préoccupations de la politique mondiale de santé et des pays à faibles et moyens revenus.

Ainsi, la période de l'après indépendance a été marquée par une prédominance des Etats africains au Sud du Sahara aussi bien dans le financement que dans la fourniture des prestations en matière de santé. Cet état a été la reproduction d'un modèle hérité de la colonisation. La santé dans sa globalité est perçue comme un bien public, donc à la charge de l'Etat. C'est l'âge d'or de l'Etat- Providence.

Les années 70 ont amorcé le début d'une récession économique qui s'est poursuivie jusqu'aux années 80 réduisant la capacité de financement des Etats.

En réponse à cette crise économique, le Plan d'Action de Copenhague, adopté en 1995 au Sommet Mondial sur le Développement Social (SMDS) visait à améliorer la qualité de vie de tous les individus et la condition humaine. Outre l'accès de tous aux services sociaux de base, il a mis en relief l'obligation pour les Etats de garantir le respect des droits de l'Homme, l'équité et la solidarité au sein de la population. Cependant, de nombreux obstacles ont limité son opérationnalisation des politiques et programmes adaptés. Parmi ces obstacles, figurent, en bonne place, les difficultés liées à la formulation, à l'analyse et à la gestion des politiques sociales qui tirent elles-mêmes leur source d'une formation académique et d'une recherche opérationnelle insuffisamment développées et d'une pratique de terrain faisant l'objet d'une faible capitalisation conceptuelle.

En outre, la résurgence d'anciens et l'émergence de nouveaux problèmes sociaux qui se traduisent par l'aggravation des inégalités sociales et la multiplication des formes d'exclusion, obligent les pays africains à mettre en œuvre différents types de programmes et à différents niveaux d'intervention (national, régional, communal, local, etc.), avec des catégories variées d'acteurs (gouvernement, collectivités locales, associations, communautés villageoises, organisations non gouvernementales, etc.). Ces programmes couvrent des domaines aussi divers que la lutte contre la pauvreté, la protection des enfants, la promotion de l'équité entre les sexes, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, la lutte contre le VIH/SIDA, l'éducation, la santé générale, la santé sexuelle et reproductive des jeunes, l'emploi et l'insertion des jeunes, la protection sociale, la protection des réfugiés, l'accès aux micro-crédits, etc.

A l'instar des autres pays africains, le gouvernement du Sénégal a mis en place, sous l'impulsion des Institutions de Bretton Woods (FMI, Banque Mondiale), des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), des réformes institutionnelles et de politiques économiques.

Ces réformes ont engendré des contraintes sur le secteur public avec des conséquences négatives et dramatiques sur les dépenses publiques et donc sur des secteurs sociaux, notamment le secteur sanitaire.

De nombreuses études ont déjà été menées visant à mesurer l'impact des P.A.S. sur les systèmes de santé dans le Tiers Monde. Dans plus de la moitié des cas étudiés, il ressort que le secteur de la santé a d'emblée, souffert des contraintes budgétaires dans les pays soumis à l'ajustement structurel.

Ces difficultés économiques se sont traduites sur le terrain par la détérioration des infrastructures sanitaires, faute d'investissements conséquents, d'une désertion des structures sanitaires par des agents de santé démotivés et des populations, obligées de rechercher d'autres modes de prise en charge de leurs besoins de santé.

Depuis des décennies, tout le monde s'accorde sur les limites du financement exclusif de la santé par l'Etat. En plus de la rareté des ressources mobilisables vers le secteur de la santé, celles-ci ne sont pas utilisées de manière efficiente et équitable.

C'est donc le plus souvent dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité que se développent sur le continent africain depuis plus d'une décennie les mesures en faveur des besoins soins. La santé en Afrique qui longtemps fondée sur une gratuité des soins, se voit désormais poindre l'émergence de systèmes mixtes avec l'implantation d'unités de soins privés.

Voilà pourquoi en plus de la contribution de l'Etat, il a été nécessaire de faire appel aux financements extérieurs des bailleurs de fonds, à l'apport des entreprises et de plus en plus à la contribution directe des ménages (Initiative de Bamako). Mais très tôt, on s'est rendu compte que cette contribution ne facilite pas la recherche d'une solidarité entre les usagers.

Ainsi la fréquentation des services de santé reste limitée et rien n'indique une amélioration notable de l'état de santé des populations.

Actuellement, un large consensus semble se dessiner sur les limites de la participation des ménages et sur la contrainte d'introduire de nouveaux modes de financement visant à intégrer cinq objectifs difficilement conciliables: l'efficacité, la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale.

Alors face aux limites susmentionnées, la mutualisation du risque maladie est de plus en plus perçue comme une alternative intéressante dans la politique sociale des pays en développement (PED).

Ce domaine constitue aussi un espoir pour les populations qui rencontrent beaucoup de difficultés pour faire face aux dépenses de santé.

Fort de ce constat, l'Etat du Sénégal a institué un régime de prévoyance maladie pour les employés de la fonction publique et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour les travailleurs du secteur privé. Cependant, ces systèmes de protection sociale ne couvrent qu'une faible partie de la population (10 à 15 % de la population).

La frange démographique non couverte est confrontée à une morbidité élevée liée aux conditions de vie déplorables, à l'aggravation de maladies chroniques et à l'émergence de nouvelles maladies. Cette situation sera traduite sur le terrain par d'énormes difficultés des ménages à faible revenu à faire face aux dépenses de santé qui ne cessent de croître.

Face à cette situation qui exclut une frange importante de la population, des initiatives ont été entreprises çà et là par les populations (communauté, groupements de femmes, associations socioprofessionnelles) pour se prémunir contre le risque maladie.

Ceci a favorisé l'émergence des mutuelles de santé que l'on peut définir comme « une association de personnes, à adhésion facultative, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres ». Au moyen des cotisations des membres, et sur la base de leurs décisions, les mutuelles mènent des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de prise en charge des risques maladie ».

En outre, les mutuelles peuvent constituer des socles pour insuffler de nouvelles dynamiques dans le champ social par l'entraide, mais aussi par la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé.

Quelques années après l'avènement des systèmes de micro-assurance santé ou mutuelles de santé, quel bilan peut-on faire de la performance des mutuelles de santé communautaires de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar?

Pour répondre à cette question, notre étude va s'articuler autour de deux parties: la première sera consacrée au cadre théorique et contexte de l'étude. Dans la seconde partie intitulée cadre opérationnel et analyse des données, nous présenterons les résultats obtenus auprès des mutuelles, puis nous procéderons à une analyse comparative des données et nous terminerons par la discussion et les recommandations pour une meilleure amélioration des indicateurs que nous avons ciblés pour notre étude.

PROBLEMATIQUE

L'accès à une protection adéquate en matière de sécurité sociale et de soins de santé correspond à deux droits fondamentaux de l'homme. Ces droits sont toutefois loin d'être respectés dans les pays pauvres. En exemple, quatre vingt pour cent (80%) de la population en Afrique subsaharienne sont privées d'une telle protection¹. L'inégalité des besoins rend encore ce problème plus aigu: les conditions de vie et de travail des travailleurs et des populations rurales les exposent le plus, aux risques en matière de santé et d'accidents; or, ils représentent les catégories de personnes les plus souvent exclues par la sécurité sociale. L'exclusion de la sécurité sociale a des conséquences dramatiques pour l'individu et sa famille. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que, chaque année, les coûts des soins de santé poussent 100 millions de personnes dans le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. Cette exclusion réduit également les possibilités de croissance économique, de développement social et rend les pays plus vulnérables aux conséquences des chocs sanitaires.

L'extension de la protection sociale, en particulier en matière de santé, est donc une question urgente si l'on veut contribuer à la croissance économique et au développement social, mais, surtout, protéger des centaines de millions de personnes dans le monde de la pauvreté et de souffrances évitables.

La question du financement de la santé constitue aujourd'hui en Afrique subsaharienne, un thème prioritaire pour les partenaires du développement. En matière de financement, elle prête une attention particulière aux mutuelles de santé. Le B.I.T qui s'est longtemps cantonné dans la promotion de la couverture du risque maladie par des régimes classiques de sécurité sociale, met désormais en avant l'importance de l'extension de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté. Ainsi, il s'intéresse à la couverture maladie dans le secteur de l'économie informelle et fait la promotion de la micro assurance de santé, dont les modalités d'organisation tranchent avec celles des régimes de sécurité sociale, réservés au secteur de l'économie formelle. La Banque mondiale attache également de l'importance au développement des dispositifs de financement de la santé, avec des plaidoyers de contenu variable selon les départements².

La dynamique mutualiste africaine présente un certain nombre de spécificités qui la distinguent nettement de la situation des autres continents comme l'Europe de la fin du 19^{ème} siècle.

¹ COHEUR, A. et al, Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection et les mécanismes de protection sociale à base communautaire: Une approche prometteuse AISS, 2007

² LETOURMY, A. Etats et assurance maladie dans les pays africains, Communication aux XXVIème journées des Economistes français de la santé, CERDI, 2003

Ceux qui promeuvent le concept de mutuelles et qui apportent l'appui institutionnel et technique nécessaire à leur développement sont souvent extérieurs à la société africaine.

Toutefois, on ne peut s'empêcher de constater l'engouement des États africains pour l'assurance maladie qui, sous des formes diverses (micro-assurances santé, mutuelles, régimes obligatoires) figure dans l'agenda politique de la plupart des gouvernements.

La politique de recouvrement des coûts a montré ses limites. Son relatif succès en matière de mise à disposition du médicament n'a pas empêché l'expression de diverses critiques, notamment sur les thèmes du renforcement des inégalités et de l'incapacité du paiement direct à donner accès aux soins hospitaliers plus coûteux. Sur le premier point, les populations attendaient plus de l'État; sur le second, elles sont devenues plus réceptives à l'idée d'assurance. Dans certains pays, les régimes de protection sociale existant se sont effondrés du fait d'une mauvaise gestion. Selon Alain LETOURMY, il est devenu problématique un peu partout que l'extension de la couverture au risque maladie soit réalisée dans les organismes de sécurité sociale sous la forme héritée du passé colonial.

Au Sénégal, le développement de l'assurance maladie au sein du secteur de l'économie formelle s'est alors effectué de façon très décentralisée (mutuelles d'entreprise, contrats privés), y compris un régime obligatoire (cas des Instituts de prévoyance maladie, les Institutions de Prévoyance Maladie) depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako.

Les pauvres, ne possédant pas de couverture maladie, sont exposés aux risques sanitaires. Ils n'arrivent pas à faire face à leurs dépenses de santé. Ils retardent autant que possible le recours aux soins ou y renoncent au profit de méthodes thérapeutiques traditionnelles souvent inefficaces et parfois plus coûteuses que le traitement en médecine moderne. Ces renoncements et ces recours tardifs aux soins de santé engendrent des complications pathologiques et sont à l'origine de la plupart des cas de décès ou d'invalidité

En définitive, on se trouve dans un cercle vicieux où les plus pauvres se soignent mal et relativement plus cher.

Au regard de ces constats, des études ont montré que le financement des soins de santé par la mutuelle présente de bonnes perspectives en matière de réduction des barrières financières à l'accès aux soins et de mobilisation de ressources pour les structures sanitaires.

Cependant, d'une faiblesse de gestion, le dynamisme des mutuelles de santé est freiné par de nombreuses difficultés dans leur fonctionnement et leur organisation. Mais dans le cadre du Sénégal, pas mal d'études se sont orientées à mettre en exergue, l'efficacité des mutuelles à accroître dans le temps, les ressources mobilisables ainsi que l'accès aux soins des populations.

Notre étude se propose de réaliser **une analyse de la performance des mutuelles de santé communautaires membres de l'UMSD du département de Guédiawaye** pour aider les responsables de ces structures de financement de la santé à améliorer leur performance et à assurer leur pérennité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif général

L'objectif général de notre étude est de procéder à une évaluation de la performance des mutuelles de santé communautaires membres de l'UMSD du département de Guédiawaye afin de contribuer à assurer leur pérennité.

Objectifs spécifiques

Pour atteindre notre objectif général, nous envisageons de:

- apprécier la contribution des mutuelles de santé membres l'UMSD sises à Guédiawaye, à l'amélioration de l'accessibilité aux soins;
- évaluer la viabilité fonctionnelle de ces mutuelles;
- analyser la contribution des mutuelles de l'UMSD de Guédiawaye à la mobilisation des ressources pour leurs prestataires de soins partenaires.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

Pour décrire ou expliquer la performance des mutuelles de l'Union des mutuelles de Dakar, nous avons retenu les hypothèses (H) suivantes pour notre recherche:

- H1: les mutuelles membres de Guédiawaye facilitent l'accès aux soins de santé pour leurs membres (la prise en charge, taux de couverture, disponibilité et localisation des prestataires partenaires);
- H2: les mutuelles de l'Union ont une viabilité fonctionnelle efficace (taux de croissance des effectifs, taux de recouvrement des cotisations, taux de fidélisation, l'organisation interne et gestion);
- H3: les mutuelles de l'UMSD mobilisent des ressources pour les prestataires en priorisant pas le règlement des factures des dépenses de santé (taux de sinistralité).

INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt de notre étude se justifie par l'usage que des acteurs divers peuvent en faire:

- pour nous, cette étude nous permettra d'une part d'allier connaissances théoriques et pratiques en ce qui concerne la question des mutuelles de santé et d'autre part elle permettra de nous familiariser avec les instruments de la recherche;
- pour le CESAG, cette étude ouvrira d'autres champs de réflexion pour enrichir les connaissances sur les mesures de la performance des systèmes de mutuelles de santé.
- pour les responsables des quatre mutuelles ciblées, notre étude pourra servir de base pour mesurer la performance et par conséquent réfléchir sur la viabilité future de leur structure de financement de santé.
- pour les autorités politiques et autres partenaires, les résultats et recommandations pourraient constituer un guide ou un support pour redéfinir de nouvelles orientations des politiques nationales de prise en charge des couches sociales défavorisées et d'investir convenablement dans les mutuelles de santé.

LIMITES DE L'ETUDE

Pour des raisons de manque d'archives conséquentes depuis leur création, notre étude s'est appuyée sur des informations recueillies auprès des gérants en fonction et aussi au moyen des documents de gestion disponibles actuellement des différentes mutuelles de santé.

De ce fait, on peut relever que:

- à cause du volontariat ou du renouvellement des instances dirigeantes ayant travaillé informellement, nous n'avions pas eu des informations utiles relatives aux années antérieures à 2006.
- l'absence des données sur les volumes des prestations (hospitalisations, consultations, médicaments et autres) constitue aussi un frein quant à l'estimation du coût moyen de chaque prestation pour chaque patient.
- par ailleurs, nous n'avons pas pu obtenir les dépenses de santé par prestataire qui nous auraient aidé à déterminer les prestataires qui dispensent plus de soins et à moindre coût.

En outre, il peut avoir des omissions involontaires qui nous ont amenés à passer à l'essentiel. Nous restons conscients des insuffisances que pourrait présenter cette étude et espérons que ce travail exploratoire ouvre la voie à d'autres recherches.



**PREMIERE PARTIE:
CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE
DE L'ETUDE**

CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, est traitée en premier lieu la définition des principaux concepts que nous jugeons important pour la compréhension de l'étude. Dans un deuxième temps, c'est la revue de la littérature qui est abordée.

I – DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS

1- Le concept Performance

Pour Pierre Voyer³, « La performance consiste à remplir en s'adaptant à l'environnement et en profitant de ce qu'il a à offrir, à produire, des résultats de qualité correspondant aux besoins de la cible visée et répondant aux objectifs de l'organisation; de le faire de façon efficiente en produisant les résultats escomptés aux meilleurs coûts, tout en respectant les conditions organisationnelles reliées à l'utilisation optimale des ressources et à la qualité du processus. »

Le Conjugueur⁴ aborde la performance comme « le degré d'accomplissement des cibles et des objectifs établis par l'organisation »

Selon le FIDA⁵, « la performance est la mesure dans laquelle un projet ou un partenaire au développement applique les normes de mise en œuvre et obtient des résultats conformes aux objectifs fixés avec les moyens qui lui ont été alloués »

Ainsi, nous pouvons donc dire que la performance implique une meilleure atteinte des objectifs d'un projet selon la qualité, le coût et le délai. Elle sera traduite à travers l'efficacité qui est axée sur la qualité et l'efficience qui est le rapport entre les ressources (coût et délai) et la qualité.

2- Le concept Mutuelle

Selon le BIT⁶, la mutuelle de santé se définit comme: « une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle a pour objectif de mener des actions de prévoyance dans le domaine de la santé au moyen des cotisations des membres et à leur profit. Les membres définissent les objectifs, les modalités d'organisation et les activités de leur mutuelle et participent à son fonctionnement. Ils versent des cotisations qui ne sont pas liées à leur risque personnel de tomber malade. Grâce aux cotisations, la mutuelle garantit à ses membres le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Ceux-ci

³ Tableau de bord de gestion et indicateurs de performance

⁴ Dictionnaire sur le net: www.leconjugueur.com

⁵ Document d'évaluation des projets

⁶ BIT, 2002

sont fournis par des prestataires avec lesquels la mutuelle a conclu, le plus souvent, des accords portants, entre autres, sur les tarifs et la qualité des soins ».

Ainsi, nous pouvons en résumé, dire que la mutuelle de santé est une organisation de solidarité en milieu pauvre de faire face aux problèmes de santé.

Pour ATIM Chris⁷, la mutuelle de santé est: « un système d'assurance maladie volontaire et à but non lucratif, constitué sur une base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement ».

Alors, Chris ATIM désigne ici la mutuelle de santé comme une solution adéquate et adaptée pour les populations démunies ou à faible revenu de se prendre en charge en étant solidaires.

3- Le concept Mutuelle communautaire

Les mutuelles communautaires, aussi appelées « mutuelles au premier franc », sont généralement de petite taille et circonscrites dans les quartiers. Elles pratiquent le versement direct des cotisations par l'adhérent, ce qui constitue, avec la faible capacité/volonté contributive des ménages, un frein pour un bon recouvrement des cotisations. Elles utilisent dans certains milieux les formes traditionnelles de communication que sont les sketches et les bandes dessinées en langues nationales. Par rapport aux prestations offertes, les mutuelles communautaires ne donnent généralement droit qu'aux soins de santé de base, soins primaires dispensés dans les postes et centres de santé:

- **Soins préventifs et promotionnels** qui comprennent les consultations pré et postnatales, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement;
- **Soins curatifs** de base, fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoires, petite hospitalisation dans les centres de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés;
- **Prise en charge des enfants** souffrant de malnutrition et récupération nutritionnelle avec des aliments locaux. Le niveau généralement bas des cotisations ne permet pas d'accéder aux soins hospitaliers.

⁷ ATIM Chris: Guide méthodologique sur le terrain pour une étude au profit du PHR, 1997

4- Les cotisations émises

Les cotisations émises ou cotisations appelées sont les cotisations que la mutuelle de santé doit théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours.

5- Les cotisations perçues

Les cotisations perçues sont les cotisations que la mutuelle de santé a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours.

6- Les cotisations acquises

Les cotisations acquises constituent la part des cotisations qui correspondent à l'exercice considéré.

7- La mobilisation de ressources

Elle détermine le potentiel des mutuelles de santé à contribuer au recouvrement des coûts au profit du secteur de la santé.

8- L'accessibilité aux soins de santé

Elle permet aux patients clients d'accéder aux soins de santé dans les meilleures conditions. Cependant, il faut appréhender la notion de l'accessibilité sous le vocable de 3 composantes:

- accessibilité géographique: c'est la répartition et la localisation des structures sanitaires pour faciliter l'accès des malades.
- accessibilité financière: c'est le taux de prise en charge et le taux de cotisation adaptés aux revenus des adhérents pour régler les factures des différentes prestations.
- accessibilité socio-culturelle: c'est la mesure dans laquelle l'environnement social et culturel agit sur la demande des soins de santé d'une population donnée.

9- La viabilité fonctionnelle

Selon le dictionnaire le Petit Larousse, la viabilité est la qualité de ce qui peut durer. Mais dans le cadre des systèmes de micro-assurance, la viabilité fonctionnelle⁸ des mutuelles concerne l'évaluation de la capacité à respecter le principe de base du fonctionnement de l'assurance, à savoir celle de fournir les prestations en échange des cotisations.

II – REVUE DE LA LITTERATURE

La littérature sur des mutuelles de santé est riche avec des études sur les viabilités fonctionnelle, technique et financière de ces structures de financement de santé. Dans ce

⁸ Tome 1, BIT/STEP, 2001

canevas, des mémoires, articles et autres études nous ont été très utiles et pour notre étude, nous avons pu retenir:

1- Etudes sur des difficultés des mutuelles de santé

Dans une étude, Idrissa DIOP, Pierre FOURNIER, Anna KONE et Slim HADDAD⁹, ont évalué des dimensions et décrit les caractéristiques associées. Ils ont également évalué la satisfaction des adhérents des mutuelles communautaires au Sénégal; mais ils n'ont pas fait cas de l'épineux et récurrent problème de recouvrement des cotisations de ce type de mutuelle comme le souligne une étude portant sur le redressement des mutuelles de santé au Sénégal, réalisée pour ENDA-GRAF en Mars 2004, « le recouvrement frise les 100% dans ce genre de groupements ».

Une étude de Cheikh VILANE¹⁰ en 2004 révèle que 60% des mutuelles de santé membres de l'UMSD souffrent de la réticence des prestataires. Ils leur refusent soit l'agrément, soit réclament une caution ou un prépaiement au moment de la contractualisation pour être à l'abri d'éventuelles factures impayées. Les résultats de son travail ont confirmé que le bénévolat et les compétences limitées des gestionnaires sont aussi des freins pour la performance interne d'une mutuelle de santé.

Selon Waelkens et al¹¹, les discussions de groupes tenues dans le cadre de la mutuelle Maliando (Guinée) mettent en exergue deux dimensions de la confiance: d'une part, il y a la confiance dans la gestion du système ce qui est fonction de **la compétence et de l'intégrité des gestionnaires** ; et d'autre part la confiance dans la capacité **du système** à atteindre ses résultats escomptés. Autant les individus sont convaincus de l'importance de la mutuelle dans l'accès aux soins de santé, il n'en demeure pas moins une méfiance manifeste des intentions et pratiques des gestionnaires. La conception générale de la population est que les initiateurs ou gestionnaires de la mutuelle veulent en quelque sorte s'enrichir sur le dos des membres adhérents bien qu'en réalité, la mutuelle ne fait que survivre.

2- Etudes sur les mutuelles de santé et leur force de contribution au financement du secteur de la santé

Dans son article publié dans la revue « *Social Science and Medicine* », intitulé « *Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance* »

⁹ Performance des mutuelles communautaires au Sénégal: le rôle de l'offre de soins

¹⁰ Document de travail: Etude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal, Juin 2006

¹¹ Les mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne : Etats de lieux et réflexions sur un agenda de recherche, Edition HNP(Health Nutrition and Population), p24-56, 2004

schemes with case studies from Ghana and Cameroon », Chris ATIM évalue la performance de deux structures mutualistes de santé à l'aide d'une étude comparative de cas en considérant quatre variables, à savoir la dynamique de mouvement social, l'efficacité des soins, l'équité et l'impact sur l'accessibilité aux soins et la viabilité financière et organisationnelle.

Au terme de son analyse, l'auteur conclut que la présence ou l'absence de mouvement social n'est pas un facteur significativement déterminant dans l'amélioration de la performance des structures d'assurance volontaire à but non lucratif. Toutefois, les mouvements sociaux peuvent avoir un impact positif sur la performance de ces structures d'assurance, à savoir les aspects d'efficacité et de qualité de soins de santé.

Cette étude revêt une importance capitale pour notre recherche notamment dans son apport méthodologique. En effet, elle mentionne clairement les différentes variables et indicateurs à tester dans une évaluation de la performance des mutuelles de santé. Nous tiendrons compte de cette méthodologie pour évaluer la performance des mutuelles de santé de l'UMSD, objet de notre travail.

3- Etudes portant sur la contribution des mutuelles de santé au financement et accès aux soins

Dans une étude portant sur la contribution des mutuelles de santé au financement et à l'accès aux soins de santé réalisée par François P. DIOP en 1997 ¹² sur 22 cas sélectionnés dans 9 pays d'Afrique occidentale dont le Sénégal, l'auteur a conclu que les expériences des mutuelles de santé au Sénégal sont encore trop récentes et la population couverte est encore trop faible et que par conséquent leurs effets sur le système de santé restent aussi ambiguës. Néanmoins, on pourrait se permettre d'avancer que les mutuelles devraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, à l'efficience, à l'accessibilité financière.

Les études de YOBOUET Simone ¹³ et YO Ménéhoua Marina ¹⁴ analysent les performances des mutuelles de santé autour de l'utilisation efficiente des primes collectées pour la prise en charge des pathologies des adhérents et l'inadéquation entre les réserves et les prestations assurées.

¹² Diop, François (1998), Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé

¹³ Adéquation des ressources financières aux prestations de soins: Etude rétrospective portant sur quatre mutuelles de santé, mémoire de fin d'étude, 2001

¹⁴ Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès, mémoire de fin d'étude, 2001.

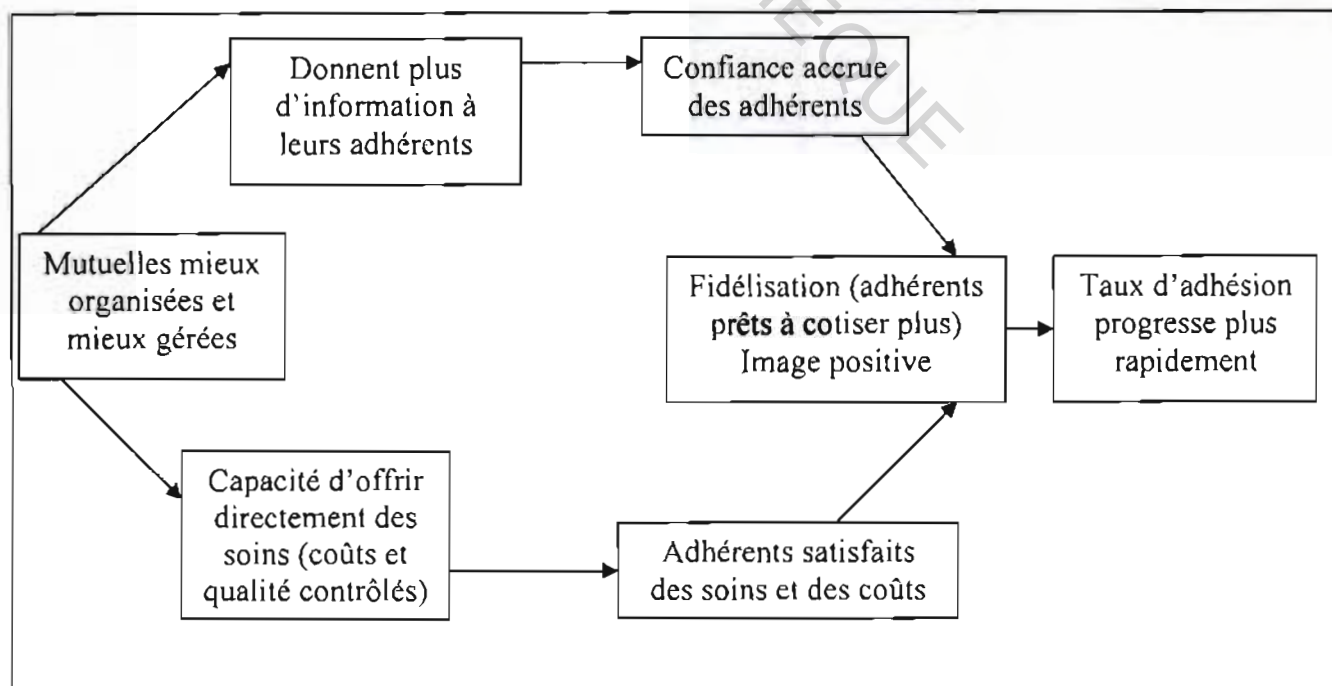
Dans le cadre de notre analyse, nous nous proposons de faire une évaluation de la contribution des mutuelles de l'UMSD au financement des structures de santé et à l'accès aux soins de santé.

4- Études portant sur la performance des mutuelles de santé

Dans une étude, Ali Kiaffi ISSOUFOU, apprécie la performance d'une structure à travers l'analyse d'un certain nombre d'indicateurs financiers comme le taux de croissance du chiffre d'affaires exprimant le dynamisme commercial et la part du marché de l'entreprise; le ratio de rentabilité économique entre le résultat et le niveau de la production totale au cours d'une période et le rapport entre le résultat net et les capitaux propres correspondant au ratio de rentabilité financière.

Mais dans le cadre de la performance des mutuelles de santé, FOURNIER et al, dans leur analyse susmentionnée, font ressortir la confiance des adhérents à la gestion de leur mutuelle augmente leur disponibilité à payer, améliore la performance interne et son taux de pénétration dans la population (taux de couverture et taux de progression de l'adhésion). Ils ont affirmé aussi que les mutuelles qui offrent une possibilité directe de soins enregistrent une évolution plus rapide du taux d'adhésion. C'est pourquoi ils illustrent un modèle empirique de la performance des activités des mutuelles de santé.

Figure 1: Le modèle empirique de la performance des mutuelles de santé



Source: (adaptée de Fournier et al. 2005)

Au terme d'un atelier organisé par ADA (2006), il a été convenu de retenir le calcul des ratios et indicateurs de performance car ils donnent une description précise des performances des régimes de micro-assurance santé.

En définitive, il ressort que la performance renferme des notions spécifiques comme l'efficacité, l'efficience mais la définition des indicateurs et ratios diffèrent selon les objectifs et les études et permet mieux d'analyser les performances des structures soumises à notre étude. Ainsi, nous voudrions dans ce travail, analyser la performance autour des ratios et indicateurs suivants:

- taux de croissance des effectifs
- taux de recouvrement des cotisations
- taux de fidélisation
- taux de sinistralité
- taux de couverture
- taux de prise en charge

III – METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Après le choix et la justification des stratégies de recherche, s'en suivront respectivement la présentation de la méthode de collecte des données et celle d'analyse des données utilisées lors de la réalisation de cette étude.

1- Stratégies de la recherche

La présente étude s'intéresse aux mutuelles de santé communautaires fonctionnelles de l'UMSD et précisément celle du département de Guédiawaye.

Une mutuelle est dite fonctionnelle, lorsqu'elle fournit de façon régulière des prestations à ses bénéficiaires et ayant tenu au moins une fois, son assemblée générale constitutive.

Les critères de sélection qui nous ont permis de constituer un échantillon que nous pensons représentatif (7 mutuelles sur 10) sont les suivants:

- avoir le maximum de données utiles en rapport avec nos objectifs spécifiques;
- avoir au moins fonctionné depuis sa création jusqu'en 2008;
- représentativité géographique.

Enfin, pour atteindre les objectifs spécifiques prédéfinis, nous avons opté pour une étude synthétique ou étude par cas car elle nous permet de faire des observations de la structure.

2- Méthode de collecte des données

Les données nécessaires pour mesurer nos indicateurs retenus ont été fournies à l'aide de:

- revue documentaire (base de données de l'UMSD, documents et rapports annuels);
- enquête et entretiens structurés adressés aux responsables et gérants des mutuelles de santé.

Ces outils ont aidés à recueillir des informations sur le répertoire des mutuelles, les prestations, les prestataires partenaires conventionnés, les cotisations, les modes et taux de prise en charge, les statistiques des évolutions de croissance et autres éléments au sein des mutuelles ciblées.

3- Méthode d'analyse des données

Le processus d'analyse de notre étude s'est fait comme suit:

- la présentation de l'échantillon de mutuelles sélectionnées, leurs caractéristiques de la prise en charge, les prestations et prestataires conventionnés et l'organisation interne et de gestion;
- la présentation des variables et indicateurs de performance retenus pour de notre travail;
- l'analyse des indicateurs de performance de notre étude;
- la discussion des résultats obtenus et les recommandations.

CHAPITRE II: CONTEXTE DE L'ETUDE

Deux points constituent l'ossature de ce chapitre. Après un bref passage en revue de la présentation du Sénégal à travers son aspect démographique, sa politique et système de santé, son système de protection sociale et enfin l'émergence et évolution des mutuelles de santé, c'est la présentation de l'UMSD à travers ses objectifs, son organigramme et ses réalisations.

I – PRESENTATION DU SENEGAL

1- Aspect démographique

Au recensement de 1976, la population du Sénégal était estimée à 5.100.000 habitants. Elle est passée à 6.900.000 lors recensement de 1988 et à 9.858.482 habitants en 2002. Selon les projections démographiques officielles, cette population s'établit à 11.519.226 habitants en 2007 par référence à la population résidente¹⁵. Entre les périodes intercensitaires 1976/1988 et 1988/2002, les taux d'accroissement intercensitaire sont respectivement de 2,7% et de 2,5% par an. Ce qui correspond à un doublement de la population tous les 25 ans.

En effet, en 2002, près de la moitié des Sénégalais avaient moins de 15 ans (42,8%), plus d'un sénégalais sur deux (54,7%) avait moins de 20 ans, alors que 3,5 % seulement avaient 65 ans et plus. Ces données indiquent que le coefficient de dépendance démographique est relativement élevé. Il correspond à 86,5 personnes inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes actives (15 à 64 ans). Ce taux a largement baissé puisqu'en 1988, 100 actifs avaient en charge 103,3 inactifs. Selon les projections démographiques, cette baisse devrait se poursuivre avec 84 inactifs pour 100 actifs attendus en 2008 et 81 pour 100 en 2012.

La répartition par sexe met en évidence un déséquilibre entre les sexes en faveur des femmes. En effet, le rapport de masculinité s'élève à 96,9 hommes pour 100 femmes, avantage qui s'observe également aux âges compris entre 15 et 54 ans, dû certainement à une migration différentielle des hommes. L'avantage numérique des hommes sur les femmes n'est visible qu'aux jeunes âges, moins de 15 ans où les rapports de masculinité dépassent les 100%. La répartition des femmes par grand groupe d'âges révèle une jeunesse de la population: 70,8% des femmes ont moins de 30 ans. La proportion des femmes en âge de procréer, celles âgées entre 15-49 ans, est de 48,9%. Et la croissance démographique ¹⁶est de 2,8 % en 2007.

¹⁵ Est considérée comme résidente dans un ménage, toute personne vivant dans ce ménage pendant 6 mois ou plus, ou ayant l'intention d'y résider pour une durée de 6 mois ou plus.

¹⁶ Source Banque Mondiale, 2007

2- Politique de santé et financement de la santé

Une politique de santé peut être définie comme l'ensemble des mesures et résolutions prises par l'autorité publique dans le domaine de la santé pour atteindre un certain nombre d'objectifs.

Le Sénégal, ayant compris la grande importance du domaine de la santé pour tout développement, a matérialisé cette volonté par l'article 14 de la Constitution sénégalaise et par la ratification des textes au niveau international comme la Convention des droits de l'Enfant, la Charte de l'OUA et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Au Sénégal, la politique actuelle de santé a été formulée dans la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989. Cette déclaration s'est matérialisée par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 au terme d'un processus de réflexion engagé en 1995 entre le ministère et ses partenaires. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvrait la période 1998-2002 était une traduction concrète des objectifs définis dans le PNDS. Les objectifs visés étaient alors : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infanto juvénile et la maîtrise de la fécondité.

A la faveur de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), un premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP), a été élaboré en 2001, période qui correspondait pratiquement à la fin de cette première phase du PNDS. Dans le même sillage, le DSRP-II est élaboré pour la période 2006- 2010. En tant que cadre de référence de la planification économique et sociale du pays, ce document a servi de base à la révision du PNDS pour sa deuxième phase dans une perspective surtout d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

L'arrimage de la deuxième phase du PNDS au DSRP-II fait du Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) 2006-2008 la matrice de programmation et d'exécution budgétaire. De ce fait, le CDSMT est devenu le nouveau cadre d'orientation de la politique sanitaire. Il a hérité des mêmes objectifs sectoriels de la santé que le PDIS. Cependant, un changement dans la mise en œuvre des stratégies adoptées a été opéré. Ainsi, sept (7) objectifs opérationnels ont été assignés au secteur de la santé pour la période 2006-2008 :

- améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité;
- renforcer la prévention et développer la communication pour le changement;
- améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaine en santé;
- améliorer les capacités institutionnelles du secteur;

- promouvoir le partenariat;
- renforcer le suivi-évaluation de la performance;
- améliorer les mécanismes de financement de la santé.

Pour l'atteinte de ces objectifs, le CDSMT-santé (2006-2008) a mis en place six (6) programmes (Prévention, Santé de la reproduction, Lutte contre le VIH/ SIDA, Lutte contre la maladie, Nutrition, Appui institutionnel) autour desquels les différentes activités de santé sont coordonnées au Sénégal.

Le financement de la santé au Sénégal, apparaît comme une préoccupation partagée de la Hiérarchie sanitaire sénégalaise et l'ensemble des acteurs. Ainsi la part de l'Etat dans les recettes prévisionnelles du domaine de la santé en 2007, est de 54,4 %. Les autres contributeurs au secteur de la santé sont dans l'ordre : les bailleurs/partenaires avec 20,3%, les collectivités locales (19,1 %) et la population (3,3 %).

3- Système de santé

3-1- Organigramme du système de soins de santé

Le système de santé, théoriquement hérité de la structure coloniale, se présente sous forme pyramidale avec trois niveaux:

- le niveau périphérique correspond au district sanitaire. Il comprend actuellement 60 districts sanitaires. Chacun dispose au moins d'un centre de santé et d'un réseau de postes de santé qui sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés.
- le niveau régional est celui de la Région médicale et comprenant une région administrative
- le niveau central inclut le Cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

En outre, le système de soins de santé sénégalais compte actuellement 980 postes de santé fonctionnels sur 1018; 75 centres de santé et 22 hôpitaux¹⁷ avec l'hôpital de Fatick qui est non fonctionnel. Mais seule la région de Dakar en termes de couverture en infrastructures socio-sanitaires est privilégiée.

Le système est inégalement reparti en terme de personnel de santé sur l'ensemble du territoire national du Sénégal pour 1107 médecins; 2336 infirmiers; 689 Sages-femmes d'Etat, 1161 Aide-infirmiers et 1463 Techniciens Supérieurs (TS).

¹⁷ Les centres de santé mentale, l'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar et l'Hôpital Militaire de Ouakam sont exclus des 22 hôpitaux.

Cette insuffisance du personnel de santé à travers les différentes régions explique la faiblesse du taux de couverture par la population cible, en comparaison avec les normes internationales.

Tableau 1: Situation de certains indicateurs et ratios de santé du Sénégal (2007)

Indicateurs ou ratios de santé	Situation du Sénégal	Normes de l'OMS
Infrastructures de santé		
Poste de santé / Habitants	11.143 Habitants	10.000 Habitants
Centre de santé / Habitants	151.244 Habitants	50.000 Habitants
Hôpital / Habitants	515.606 Habitants	150.000 Habitants
Personnel de santé		
SFE / FAR	4.121	5.000
Infirmier / Habitants	4.856	5.000
Médecin / Habitants	1.024	1.000

Source: ANDS et Annuaire Santé 2007, SNIS, MSP

En résumé, il a lieu de souligner que le système de santé du Sénégal est l'objet de nombreuses critiques du fait des exigences croissantes de rentabilité, mais aussi de la corruption observée dans ce milieu.

3-2- Quelques indicateurs de Couverture sanitaire

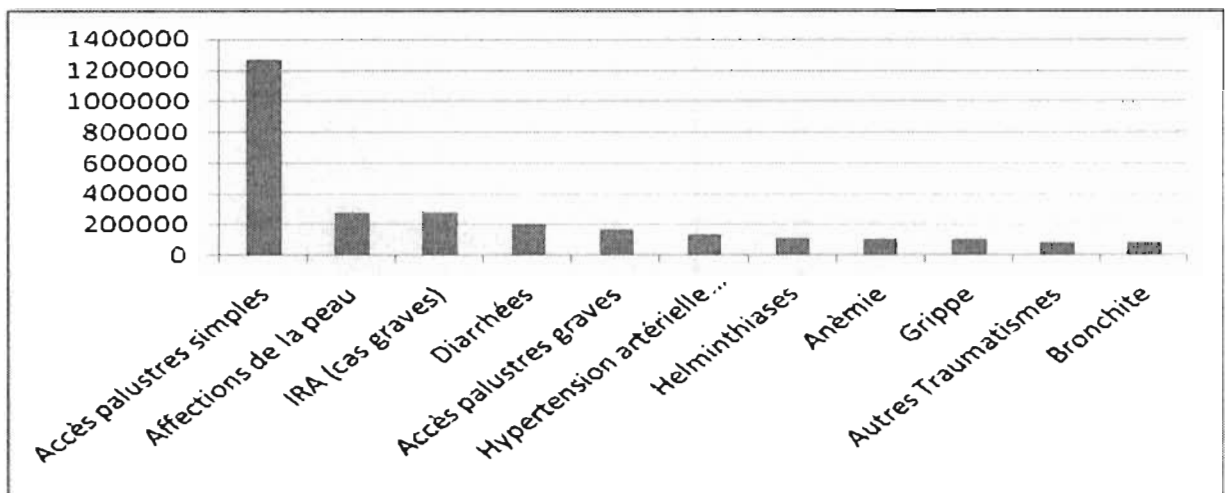
Concernant le niveau de santé du Sénégal, la morbidité a un niveau national de 38,4%. La maladie qui touche de loin le plus grand nombre des populations sénégalaises, est le paludisme (50,83%) des dix principales affections au Sénégal devant les affections de peau, les Infections Respiratoires Aigues et les maladies diarrhéiques.

La mortalité, quant à elle reste préoccupante malgré les efforts déployés. Elle est provoquée principalement par l'accès palustre et l'hypertension artérielle qui représente 63,50% des causes de décès au Sénégal.

L'espérance de vie ¹⁸de 63 ans en 2006.

Le graphique qui suit vous confirme l'état de ces principales maladies fréquentes au Sénégal.

¹⁸ Source Banque Mondiale, 2006

Graphique 1: Les dix (10) premières maladies les plus fréquentes au Sénégal en 2007

Source: *Annuaire Santé 2007, SNIS, MSP*

4- Système de protection sociale

Au Sénégal, le système de protection maladie comporte un régime de protection sociale obligatoire et un régime de maladie volontaire regroupant les mutuelles de santé et les assurances privées.

4-1- Régime maladie obligatoire

Il est régi par le décret n°72 – 215 du 07 Mars 1972 relatif à la création de la caisse nationale de sécurité sociale et stipulant à son article 4 que: « les membres adhérents et les membres participants de la caisse de sécurité sociale sont les employeurs et les travailleurs tels que définis par le code de travail et le code de la marine marchande ».

La caisse de sécurité sociale se présente sous de deux (02) branches dont la première s'occupe en général des prestations familiales (les allocations familiales, les indemnités journalières, allocations de maternité et autres prestations en nature) et la seconde prend en compte les réparations des risques professionnels tels que les accidents et de travail et les maladies professionnelles.

Le financement de cette caisse provient de l'Etat, des employeurs privés et des collectivités publiques.

Les taux de cotisation diffèrent selon les branches suscitées de la caisse et s'élèvent respectivement à 7 % du salaire pour les prestations familiales et 1 % à 5 % du salaire en fonction du degré des risques que le secteur professionnel de l'employé peut présenter.

S'agissant des travailleurs permanents des entreprises privées et de leur famille, les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), créées par la loi cadre n°75 – 50 du 03 Avril 1975 les protègent et prennent en compte les soins médicaux, les analyses et médicaments à hauteur de 40 à 80 % des prestations reçues.

Les IPM sont financées à la fois par les employés et les employeurs à hauteur de 6 % du salaire du travailleur repartis de façon équitable entre les deux parties.

Quant aux retraités et leur famille, ils bénéficient d'une couverture médicale contributive dans le cadre de l'Institution de Prévoyance et de Retraite du Sénégal (IPRES). Elle assure la couverture des risques en contrepartie du prélèvement régulier d'une cotisation maladie sur les pensions de retraite. La participation au financement de cette caisse est faite de 60 % pour les employeurs et 40 % pour les employés dû de leur cotisation. Elle est de 14 % du salaire au régime général et 6 % au régime complémentaire des cadres.

La couverture offerte est:

- la prise en charge de 80 % des frais d'hospitalisation dans les structures publiques de santé.
- les prestations médicales gratuites offertes au niveau du centre médico-social de l'institution (consultations, radiologies, analyses, soins dentaires et médicaments fournis dans la limite des stocks disponibles).

4-2- Le régime maladie volontaire

Ce système de protection maladie volontaire est basé sur les assurances à but lucratif et celles à but non lucratif.

Le secteur des assurances à but lucratif concerne les assurances privées ou commerciales qui couvrent généralement les membres des professions libérales, les industriels et les personnes qui le désirent. Elles sont généralement réservées à une clientèle solvable car la prime est élevée. Elles autorisent aux adhérents de se faire traiter dans des établissements privés. Pour son caractère très sélectif (contrat de groupe avec les entreprises et du montant élevé des primes d'adhésion), peu de personnes ont accès à ce système de protection.

Face à cette sélection, les groupes exclus vont se constituer pour prendre en charge leurs besoins de santé le développement des mutuelles de santé.

Au Sénégal, la loi du 15 Avril 2003 définit le cadre juridique des mutuelles de santé. Et la garantie est variable suivant les types de mutuelles.

Elles ont pour vocation de couvrir:

- le risque maladie complémentaire (mutuelle complémentaire) quant la couverture maladie vient en complément d'une couverture médicale jugée insuffisante et offerte par les institutions de prévoyance sociale (CSS, IPRES, FNR, IPM).
- le risque maladie au premier franc (mutuelle communautaire) lorsqu'elle constitue la mutuelle de base ou de référence assurant toute la prise en charge de l'adhérent.

5- Emergence et évolution des mutuelles de santé au Sénégal

La décennie 80 considérée comme « une décennie de l'appauvrissement global¹⁹ » et va être marquée dans le secteur de la santé par une crise économique sans précédent. Les budgets alloués à la santé vont baisser continuellement. L'on va assister au blocage du recrutement du personnel. Les infrastructures et les équipements hospitaliers seront abandonnés au délabrement le plus complet. Comme l'écrit PERROT: « on s'habitue progressivement et insidieusement à la pénurie. Certains diront même qu'elle s'organise, en tout état de cause, on apprend à vivre avec et chacun cherche à se débrouiller ».

Dans ce contexte de crise, caractérisé entre autres par le problème récurrent de la baisse de l'accès des populations aux soins de santé en général, certaines populations ou groupes de personnes vont initier d'autres moyens de prise en charge comme les mutuelles de santé pour faire face aux risques de maladie et autres difficultés.

Au Sénégal, divers travaux antérieurs font remonter l'émergence de la mutualité à la mutuelle de Fandène (1989), dans la région de Thiès.

Dans la région de Dakar, la première mutuelle a vu le jour, vers les années 1973, par les travailleurs de la SOCOCIM face aux difficultés qu'ils éprouvaient pour la prise en charge de leurs problèmes de santé et l'absence d'un système de protection sociale efficace. C'est avec la promulgation de la loi régissant les IPM (1975) que cette mutuelle sera dissoute mais réactivée en 1986 avec l'appui de la mutualité française.

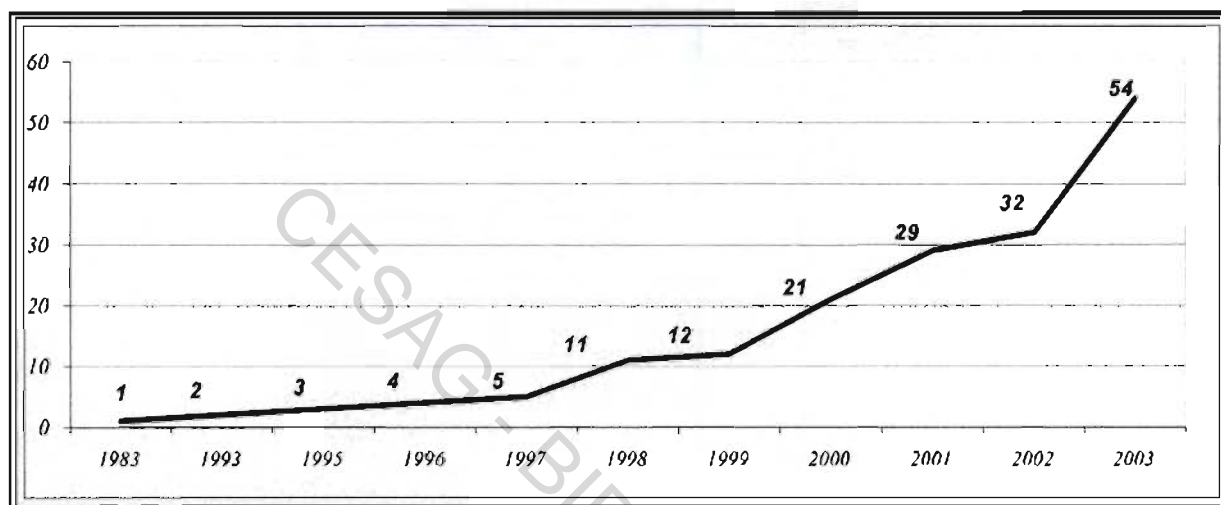
Le récent regain d'intérêt pour les mutuelles de santé s'inscrit dans un cadre plus global des transformations sociales, économiques et politiques des pays en développement, mais aussi une volonté politique de la part de l'Etat et des partenaires au développement.

Il faut aussi noter que le système des IPM a montré des insuffisances dans la prise en charge pour un meilleur accès aux soins des populations, mais aussi de l'absence de la prise en compte du secteur informel et rural qui concerne plus de 80% de la structure démographique sénégalaise.

¹⁹ CHOSSUDOVSKY, M., La mondialisation de la pauvreté, Montréal, Editions Ecosanté, 248p, 1998

Comme l'indique la courbe ci dessous, les premières mutuelles de santé de la région de Dakar ont vu le jour timidement à partir de 1983 (en dehors de l'expérience de la SOCOCIM). Leur essor s'est surtout accéléré à partir des années 2000, où l'on comptait 11 mutuelles de santé. Selon les résultats de l'inventaire réalisé par l'UMSD, elles sont au nombre de 54 en 2003. Mais suite au départ de la cellule technique, il n'y a plus eu d'inventaire.

Graphique 2: Evolution du nombre des mutuelles de santé (2003)



Source: Document et rapport d'inventaire diagnostique des mutuelles de santé de la région de Dakar, 2003

II- PRESENTATION DE L'UNION DES MUTUELLES DE SANTE DE DAKAR

En tant que mécanisme de financement de la santé basé sur le partage des risques et la solidarité entre les membres, les mutuelles de santé constituent une option intéressante vers la résolution collective des problèmes individuels de santé.

Le développement des mutuelles de santé bénéficie du soutien de l'Etat, et de l'appui des partenaires au développement. Cette synergie d'action a créé un cadre favorable qui a abouti dans les dix dernières années, à la naissance de plusieurs structures mutualistes dans le pays, et particulièrement dans la région de Dakar.

Ce mouvement mutualiste est récent et beaucoup de mutuelles connaissent des difficultés d'ordre technique, organisationnel ou institutionnel.

Pour surmonter ces difficultés, des mutuelles de la région de Dakar ont senti la nécessité de s'unir au sein d'une coordination. Ainsi, le 23/02/97, sous l'égide du Ministère de la santé, une Assemblée Générale Constitutive a réuni au CESAG, quatorze (14) mutuelles de santé pour la mise sur pieds de la Coordination des Mutuelles de Santé de Dakar.

De composition très hétérogène, cette coordination devenue Union des Mutuelles de Santé de Dakar (UMSD) en 1999 comprend aujourd'hui une trentaine de mutuelles venant de divers domaines d'activité, mais aussi des différentes couches de la population. Actuellement les mutuelles de santé membres de l'UMSD couvrent toute la région de Dakar avec plus de 180.000 bénéficiaires.

1- Objectifs de l'UMSD

La diversité de taille, de composition et d'expériences des mutuelles, constitue une richesse indéniable dans l'atteinte des objectifs que se fixe l'UMSD:

- Favoriser la mise en réseau des mutuelles de santé de la Région de Dakar;
- Créer un cadre régional d'échange, de collaboration, d'entraide et de solidarité;
- Favoriser la concertation, la représentation et le plaidoyer.

Dans la poursuite de ces objectifs, plusieurs activités, ont été réalisées avec l'appui de la CAMICS (Ministère de la Santé), du BIT/STEP et aujourd'hui le Service de la Coopération et d'Action Culturelle (SCAC) de l'Ambassade de France au Sénégal.

Avant qu'un financement ne soit reçu des partenaires précités, les activités consistaient à aider les mutuelles à élargir leur base d'adhésion, à la facilitation d'échanges d'expériences, à l'appui conseil, à la représentation et au plaidoyer.

En juin 2003, avec l'appui du BIT/STEP, une cellule technique est venue s'ajouter aux organes de l'UMSD. Elle a une fonction exécutive sous la supervision du CA et est composée d'un gestionnaire comptable et d'un économiste de la santé.

Avec la mise en place de cette cellule, les objectifs de l'UMSD ont été précisés et concernent notamment la fonction d'appui aux mutuelles de santé membres:

- Appui à la gestion et au suivi des mutuelles: L'UMSD met en place un service commun de gestion dont le rôle est de mettre à disposition des mutuelles des mécanismes de gestion comptable et financière permettant d'établir des états périodiques, un suivi permanent, une évaluation de la viabilité des mutuelles de santé.
- Mise en place d'un fonds de garantie: qui permettra aux mutuelles de disposer d'une sécurité financière, de contribuer à la continuité des services et ainsi garantir leurs engagements vis-à-vis de l'offre de soins.
- La mise en place d'un cycle de formation composé de 08 modules: afin de renforcer les compétences en organisation et en gestion des responsables des mutuelles de santé.
- Représentation et plaidoyer: auprès de l'Etat, de l'offre de soins, des structures d'appui et des partenaires au développement pour assurer aux mutuelles une meilleure

prise en compte des problèmes mutualistes dans les orientations et politiques sanitaires;

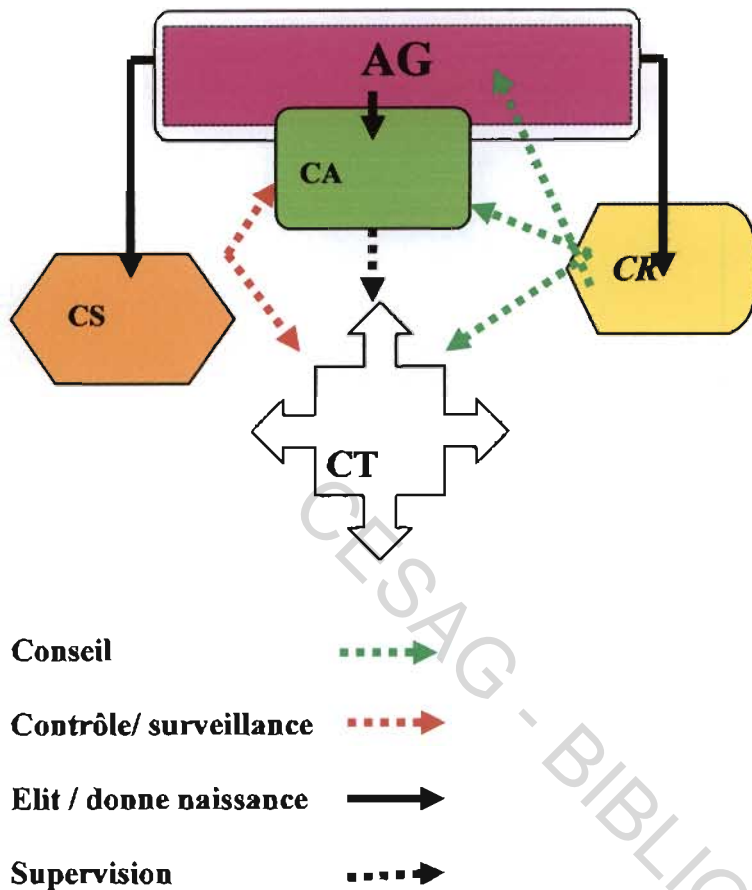
- Appui à la promotion de nouvelles mutuelles de santé: pour participer à la vulgarisation et au développement du système mutualiste;
- Recherche-action: pour réadapter les outils de gestion, les supports de communication et mettre en place de banques de données sur les mutuelles de santé et leur impact sur l'accessibilité financière des populations et enfin rechercher de nouveaux produits d'assurance santé.
- Le développement de services communs: pour mettre au service des mutuelles de santé des services diversifiées dans le cadre de leur fonctionnement et de leur développement;
- Le développement d'offre de services: pour affranchir les mutuelles et coordinations de la dépendance externe et pérenniser le système mutualiste sénégalais.

2- Organigramme

Les statuts et règlements intérieurs de l'UMSD adoptés en 2000 prévoient la mise en place de 4 organes:

- L'Assemblée Générale (AG): constituée par deux délégués par mutuelle membre.
- Le Conseil d'administration (CA): Il comprend 21 membres élus par l'AG et renouvelés par tiers tous les ans. Le CA se réunit une fois par trimestre.
- Le comité de risques qui se charge de gérer le risque maladie au sein de l'UMSD.
- Le comité de contrôle: composé de 5 membres élus par l'Assemblée Générale.

Graphique 3: Organigramme de l'UMSD



Source: document et rapport d'inventaire diagnostique des mutuelles de santé de la région de Dakar, 2003

3- Réalisations

La vie et les réalisations de l'Union peuvent être scindées en deux phases principales: Avant et après le recrutement de personnels techniques.

3-1- UMSD avant le recrutement d'un personnel technique

Cette phase va de sa création en 1997 sous l'appellation de Coordination des mutuelles de santé de Dakar à 2003, date de recrutement de la Cellule technique. Durant cette période, les activités de l'Union étaient plus axées sur l'appui conseil; la représentation; sensibilisation et la vulgarisation de la mutualité:

- tournée d'orientation et de sensibilisation août- septembre 1998;
- organisation de journées d'études en février 1999
- animation d'activités de sensibilisation au niveau de mutuelles membres (conférence, inauguration de siège à Thierigne et à Rufisque; radio crochet à Wër wërlé; And japoo faju...);

- appui à l'organisation d'AGC à l'Administration Pénitentiaire, Wër wërlé; And faju; Mutuelle du SUDES, de l'UDEN, de la MSOAP;
- organisation de journées de réflexions sur les textes réglementaires de l'Union les 26 et 27 août 2000;
- la participation à l'élaboration supports de communication Bande dessinée;
- le lancement du « Guide d'introduction à la mutualité », élaboré en partenariat avec le BIT/STEP en 2000;
- une formation en étude de faisabilité en faveur de mutuelles et projets de mutuelles;
- accueillir des stagiaires, des délégations, des visiteurs ou des étudiants en mutualité
- définir des itinéraires de visites de terrain et conduire des délégations.

Outre ces activités menées à l'interne, l'UMSD a participé à des activités extra union:

- participation à des journées nationales de la mutualité: Thiès en 2001 et Diourbel en 2002;
- le développement de relation inter unions et coordinations régionales par des réunions;
- la participation active aux assises d'orientation des politiques sanitaires:
 - ✓ adoption du plan décennal par les bailleurs;
 - ✓ l'élaboration du projet de loi sur la mutualité;
 - ✓ le forum de 1999 de 2000 et de 2004;
 - ✓ la mise en œuvre de Cadre Local de Concertation des acteurs de la mutualité;
 - ✓ l'élaboration du plan stratégique de développement des mutuelles de santé.

Toutes ces activités étaient menées grâce aux bonnes volontés et à l'abnégation des dirigeants. Cette phase, caractérisée par le bénévolat, le manque de moyens et les besoins d'appui croissant des mutuelles, avait fini par montrer ses limites. Par la suite, une cellule technique forte de deux membres a été recrutée.

3-2- UMSD avec un personnel technique.

Avec l'appui du BIT/STEP, Un économiste de la santé, un gestionnaire comptable et plus tard un secrétaire général permanent ont été recrutés avec comme mission l'exécution des activités définies et planifiées par les organes de l'Union.

Fort de ce personnel qualifié et disponible, avec l'appui salubre du BIT/STEP, puis de la Coopération française (SCAC), l'Union a réalisé par le biais de son personnel et de ses dirigeants, des activités autour de sept axes fondamentaux:

- le suivi et l'évaluation des mutuelles de santé membres;
- l'appui conseil;

- la formation;
- la représentation et le plaidoyer;
- la recherche-action;
- le développement de services communs;
- le développement d'offre de services pour sa pérennisation.

3-2-1- Suivi-évaluation

Le guide dans la réalisation de toutes ces activités est le manuel de procédure de l'Union conçu, élaboré et adopté entre Décembre 2004 et début 2005.

Cependant, il faut noter que la période 2003–2004 après la réalisation des outputs du protocole relatif essentiellement à la mise en œuvre d'études diagnostiques des mutuelles et des coûts moyens des prestations au niveau des postes et centres de santé de l'Union, ont été accentuées sur la recherche-action.

Tous les gérants des mutuelles ont été initiés aux logiciels MAS gestion et MAS pilote. Ces deux logiciels ont été installés au niveau des celles disposant de l'outil informatique et des fiches de suivi administrées aux autres.

L'exploitation et l'analyse de ces fiches ont fait l'objet de restitution regroupant les mutuelles de même type.

3-2-2- Appui-conseil

L'Union, dans le cadre des activités de renforcement et de suivi rapproché, procède par groupe de cinq mutuelles. Ainsi durant le premier semestre 2005, les mutuelles suivantes ont été renforcées (Wër Werlé/Dakar, la Mutuelle des Observateurs et acteurs de la Pêche, Fagaru Hann, Sant Yalla mèches Darling et Sunulabo).

Au second semestre, cinq autres mutuelles (And Faj de Ouakam, la Mutuelle des Ecoles Privées franco-arabes, la Mutuelle des Ressortissants de Diofior, Sant Yalla de Guinaw-Rail et Jappo Wër de Sébikhotane-Diamniadio) ont été renforcées.

3-2-3- Formation

Les modules suivants ont été dispensés:

- le fonctionnement et la gestion administrative d'une mutuelle de santé;
- les relations avec les prestataires de soins et la gestion du risque maladie;
- comprendre et analyser les états financiers;
- gestion comptable des mutuelles de santé;
- initiation des gérants des mutuelles aux logiciels MAS Pilote et MAS gestion;

- la gestion prévisionnelle des mutuelles de santé;
- le suivi et l'évaluation des mutuelles de santé;
- le contrôle interne et le Système Fédéral de Garantie (SFG).

En plus l'Union a réalisé au profit de son personnel et de ses dirigeants (Cellule technique, Conseil d'Administration, Comité de Risque et Comité de Contrôle) les formations suivantes:

- le Management des organisations;
- la planification stratégique.

3-2-4- En représentation et plaidoyer

L'Union a amorcé un début de partenariat avec la Mairie de la Ville de Dakar, lequel devrait aboutir à la signature d'un protocole d'accord. Ce partenariat permettra aux mutuelles de santé membres d'avoir une facilité d'accès aux structures sanitaires placées sous la tutelle de la Mairie de Dakar. Il favorisera aussi la matérialisation de relations durables entre mutuelles de santé et collectivités locales.

Par ce protocole d'accord, la ville de Dakar pourra rentabiliser d'avantage ses structures sanitaires avec des patients organisés et solvables. Il peut en outre être un début de solution de la prise en charge des indigents par le biais des mutuelles de santé.

3-2-5- Développement de services communs

Il a été organisé le 21 mai 2005, une journée de réflexions sur la mise en place d'un système fédéral de garantie. A cet effet, une étude de faisabilité technique et financière est réalisée et une assemblée générale extraordinaire convoquée le 29 octobre pour l'adoption et le lancement du produit.

Ce fonds vient casser la dynamique du paiement obligatoire des cautions aux prestataires de soins, au moment de la signature de conventions avec certaines mutuelles.

D'ici la fin de l'année 2006, le nouveau produit (fonds de garantie) va être proposé aux prestataires de soins en remplacement des cautions demandées à certaines mutuelles de santé membres de l'UMSD.

Cette prise en charge des mutuelles qui auraient des difficultés conjoncturelles d'ordre financier pose un problème de motivation et des différences entre les mutuelles communautaires et les mutuelles d'envergure nationale.

Une large sensibilisation des uns et des autres est nécessaire.

3-2-6- Perspectives

Actuellement, l'UMSD cherche à renforcer ses relations de partenariat avec le BIT/STEP, la Ville de Dakar, et d'autres partenaires au développement. Ceci devrait permettre de renforcer sa présence et son efficacité sur le terrain pour le bien être des populations. C'est ainsi que les pistes suivantes guideront à moyen terme, les actions de l'UMSD:

- renforcer la capacité des membres du conseil d'administration et du bureau exécutif de l'UMSD à administrer leur organisation et jouer leur rôle de représentation auprès des autres acteurs;
- renforcer les compétences des responsables et gestionnaires des mutuelles de santé;
- améliorer les mécanismes de fonctionnement et les outils de gestion des mutuelles;
- appuyer une réflexion entre l'UMSD, les prestataires de soins et les autorités sanitaires sur la définition d'un cadre de conventionnement et des modalités de prise en charge des prestations plus favorables aux mutuelles;
- appuyer les mutuelles pour se doter de stratégies et de support de sensibilisation et d'information de leurs publics cibles;
- mettre en place un fonds de garantie afin de contribuer à la pérennité des mutuelles et d'assurer la continuité des services pour celles qui pourraient se trouver face à des difficultés financières conjoncturelles

Conclusion partielle

L'examen de cette partie a révélé que la population du Sénégal est caractérisée par sa jeunesse et son accroissement rapide avec une croissance démographique de 2,8 % en 2007.

S'agissant de la santé, le Sénégal a réalisé son objectif d'allouer plus de 9 % de son budget au secteur de la santé et sa part est en effet de 10,4 % en 2007.

En outre, pour renforcer la protection sociale sénégalaise, l'Etat et les populations se sont mobilisés pour l'amélioration de leur santé et du financement durable des soins pour ceux qui sont privés d'assurance maladie.



**DEUXIEME PARTIE:
CADRE OPERATIONNEL ET
ANALYSE DES DONNEES**

CHAPITRE I: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre décrit et analyse les existants et calculés de performance des mutuelles de santé de Guédiawaye membres de l'UMSD.

I – Présentation et analyse des indicateurs existants

A partir des résultats obtenus auprès des mutuelles de santé communautaires, on a réuni toutes les informations concernant leurs différentes activités.

L'échantillon sur lequel porte l'analyse comporte sept (7) mutuelles de santé communautaires de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar (UMSD) dans la grande localité de Guédiawaye. Cet échantillon est de représentatif au sens statistique du terme car l'UMSD compte huit (10) mutuelles de santé membres dans le département de Guédiawaye.

Les données recueillies portent sur les périodes 2006-2007 et 2007-2008 car ce sont les périodes qui mentionnent plus de données utiles pour notre étude.

Trois sources d'informations ont été exploitées:

- pour le répertoire des mutuelles, il a été fourni par la base de données de l'UMSD.
- pour les informations sur les activités des différentes mutuelles, nous avons consulté les statistiques et documents financiers disponibles de chaque structure mutualiste.
- l'entrevue auprès des gérants, responsables et animateurs des mutuelles.

Ces données ont fait l'objet de tri et a permis de retenir des indicateurs de performance et des structures sur la base des renseignements pouvant nous permettre de faciliter notre travail. Les données collectées sur les sept (7), mutuelles de santé sont donc utilisées pour calculer des indicateurs ou ratios de performance, caractéristiques de nos hypothèses et résumés dans le tableau suivant:

Tableau 2: liste des variables et indicateurs retenus dans le cadre de l'étude

Variabes	Indicateurs	Méthodes de calcul
Accessibilité aux soins		-
Financière	Taux de cotisation, taux de prise en charge	Existants
Socio-culturelle	Taux de couverture	$\frac{\text{Bénéficiaires}_N}{\text{Population Zone}_N} \times 100$
	Paquets de soins couverts	Déjà définis
Géographique	Localisation des mutuelles et des prestataires conventionnés	

Viabilité fonctionnelle		
Gestion	Organisation interne et gestion	
Croissance des effectifs	Taux de croissance des adhésions	$\frac{Adhérents_N - Adhérents_{N-1}}{Adhérents_{N-1}} \times 100$
	Taux de croissance des bénéficiaires	$\frac{Bénéficiaires_N - Bénéficiaires_{N-1}}{Bénéficiaires_{N-1}} \times 100$
	Taux de croissance des personnes à charge	$\frac{PAC_N - PAC_{N-1}}{PAC_{N-1}} \times 100$
Recouvrement des cotisations	Taux de recouvrement	$\frac{Cotisations\ perçues_N}{Cotisations\ émises_N} \times 100$
Satisfaction	Taux de fidélisation	$\frac{Anciens\ membres_N}{Membres_{N-1}} \times 100$
Mobilisation des ressources pour les prestataires de soins	Taux de sinistralité	$\frac{Dépenses\ santé\ totales_N}{Cotisations\ acquises_N} \times 100$

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

1-1- Les prestations et prestataires conventionnés

Les mutuelles de l'USMD de Guédiawaye offrent pratiquement les mêmes prestations (référence tableau 3). En outre, on remarque aussi que seule une mutuelle prend en charge les médicaments des officines.

Quant aux partenaires sanitaires, ils sont sensiblement les mêmes pour toutes les mutuelles de santé car elles ont signé des conventions avec les plus proches pour satisfaire davantage les bénéficiaires.

Cependant, en ce qui concerne les structures à l'étude, seules les mutuelles Bokk Faju et Deggo Aar Sunu Njaboot n'ont, jusqu'à ce jour, réussi à étendre leur réseau des prestataires de soins.

Le tableau ci-dessous présente le répertoire des prestataires conventionnés et l'ensemble des garanties ou prestations couvertes par les différentes mutuelles ciblées.

Tableau 3²⁰: Liste des prestations et prestataires conventionnés des mutuelles de Santé de l'UMSD

MUTUELLES	AND FAGARU	WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULAYE	AND FAJU	DEGGO AAR	WER PROFEMUR	WERLE
LOCALITES	PARCELLES ASSAINIES	GUINAW RAIL	MEDINA GOUNASS	NDIAREME LIMAMOULAYE	SAM NOTAIRE	LYCEE LIMAMOULAYE	GOLF SUD	
PRESTATIONS OU GARANTIES	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hospitalisations	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hospitalisations, Méd. Officine 25%	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hospitalisations	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hospitalisations	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hospitalisations	Accouchement, Consultations médicalisées IB, Analyses, Radiologie, Hospitalisations	Soins de base, Consultations natales, pédiatriques et médicalisées IB, Analyses, Radiologie, Hospitalisations,	
PRESTATAIRES CONVENTIONNES	CS Roi Baudouin, PS GR Sud, Maternité municipale 2, Infirmerie Camp de Thiaroye, Phcie Abdou Khadre	CS Roi Baudouin, PS GR Sud, Maternité municipale 2, Infirmerie Camp de Thiaroye, Phcie Abdou Khadre	CS Roi Baudouin, PS	CS Roi Baudouin, Hamo 5, Maternité Ndiarème	CS Roi Baudouin, PS HLM Paris, PS Fith Mith, Polyclinique Golf Sud	CS Roi Baudouin	CS Roi Baudouin, ASBEF, Khadim Rassoul- Sicap Mbaou, Gaspard Camara Grand Dakar-Amirié2	

²⁰ Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

1-2- Caractéristiques de la prise en charge

Les mutuelles de santé communautaires soumises à notre étude pratiquent dans l'ensemble le mode de prise en charge basé sur le ticket modérateur ou le tiers-payant qui est un mécanisme par lequel le patient couvert par le système de micro assurance santé n'a pas à déboursier, au moment de l'utilisation des services de santé, le montant des dépenses de santé couvertes par le système: il règle simplement le co-paiement éventuel. La mutuelle de santé (le tiers) paie ensuite à la formation sanitaire le montant des sommes qu'elle a ainsi avancées.

Particulièrement, la mutuelle Bokk-Faju de Médina-Gounass offre deux types de garantie ²¹ dont la mutuelle paye la moitié des dépenses de santé pour les prestations suscitées dans la première garantie pour les bénéficiaires cotisant mensuellement 200 F CFA.

La deuxième garantie donne droit, hormis les soins reconnus dans la première garantie, la possibilité d'accéder aux médicaments vendus dans les pharmacies privées avec un taux de remboursement de 50% pour toute facture n'excédant pas le montant de 20.000 F CFA.

Le mutuelle Wer Ak Werlé rembourse les ordonnances spécialisées et les médicaments d'officines à hauteur de 25%.

En définitive, nous pouvons souligner qu'au sein des mutuelles communautaires de l'UMSD de Guédiawaye, nous rencontrons différentes modalités de prise en charge permettant aux bénéficiaires d'accéder aux soins de santé.

Toutes ces informations sont résumées à travers le tableau ci-dessous:

²¹ Garantie A: Accouchement, Consultations médicalisées IB, Soins dentaires, Analyses, Radiologie, Hosp.
Garantie B: Garantie A + Médicaments pharmaceutiques + Autres

Tableau 4: Résumé de la prise en charge des Mutuelles de l'UMSD.

Mutuelles	Garanties	Prise en charge	
		Taux	Mode
AND FAGARU	A	50%	Ticket modérateur
WER AK WERLE	A	50%	Ticket modérateur
		25%	Remboursement des médicaments d'officines privées.
BOKK FAJU	A	50%	Ticket modérateur
	B	50%	Remboursement des médicaments d'officines privées pour toute facture n'excédant pas 20.000 f cfa
NDIAREME LIMAMOULAYE	A	50%	Ticket modérateur
AND FAJU	A	50%	Ticket modérateur
DEGGO AAR SUNU NJABOOT	A	50%	Ticket modérateur
WER WERLE PROFEMUR	A	50% - 100%	Ticket modérateur
	B	25%	Remboursement ordonnances spécialisées

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

1-3- Synthèse des difficultés et problèmes rencontrés

Le tableau ci-dessous résume la synthèse du traitement des informations reçues auprès des animateurs et gérants des différentes mutuelles. Elle n'a pas vocation à être exhaustive car certains problèmes peuvent se rencontrer sans être évoqués par les animateurs ou lors des rencontres tenues avec les mutuelles.

Cette synthèse nous montre que, le manque de renforcement des capacités de gestion, le manque de réunion permanente et de fluidité d'information pour mieux communiquer ainsi que le manque de matériels informatiques de gestion figurent au premier plan des problèmes et difficultés des mutuelles.

D'autres problèmes exogènes et pertinents qui ont été soulevés, en l'occurrence les déguerpissements, déménagements et surtout les inondations, fragilisent aussi le fonctionnement de certaines mutuelles de santé soumises à notre étude.

Cependant la confiance, la méconnaissance prévoyance, le manque de crédibilité et la pauvreté constituent une cohorte de difficultés auxquelles doivent faire face les mutuelles de santé de l'UMSD de Guédiawaye.

Aussi nous pouvons ajouter que parmi les insatisfactions qui ont été soulevées, figurent:

- absentéisme du personnel soignant dans certains postes de santé qui constitue une contrainte majeure et provoque de nombreuses démissions et une forte insatisfaction.
- la rupture des médicaments est accidentelle et conjoncturelle. Elle est liée au manque de médicaments au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement; ce fragilise aussi les mutuelles puisque la majorité des mutuelles communautaires de santé de Guédiawaye membres de l'UMSD, ont plus accès aux médicaments IB.
- la qualité de l'accueil quant à elle, n'est pas entièrement déficiente pour les mutualistes mais reste un élément déterminant dans l'attractivité des choix des prestataires de santé et donc des produits d'assurance.
- la corruption fréquente est caractérisée par des contraintes dans l'accès à la pharmacie de certains prestataires car les possibilités de fraude sont réduites; c'est le cas du centre de santé Roi Baudouin.

Tableau 5: Synthèse des difficultés rencontrées des mutuelles de l'UMSD

Mutuelles	AND FAGARU	WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULAYE	AND FAJU	DEGGO AAR SUNU NJABOOT	WER WERLE PROFEMUR
Analphabétisme	X		X	X		X	X
Confiance entre femmes			X		X		
Méconnaissance prévoyance	X		X	X		X	
Pauvreté / Enclavement	X	X	X	X		X	
Problèmes liés à la zone d'implantation (déménagements, déguerpissements, inondations...)		X	X			X	
Manque de crédibilité et de confiance dans la MS	X	X				X	
Positionnement de la cotisation			X	X		X	
Manque de matériels informatiques de gestion	X		X	X	X	X	
Manque de réunion et de fluidité d'information	X	X	X	X	X	X	X
Manque de renforcement des capacités de gestion	X	X	X	X	X	X	X

Source: Notre étude selon les entretiens avec les responsables et animateurs des mutuelles

1-4- Organisation et gestion

Les organes qui doivent administrer les différentes mutuelles de santé de l'UMSD de Guédiawaye sont officiellement l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Comité de Surveillance.

Chaque Conseil d'Administration s'occupe de toutes les activités avec le gérant. Il mène un travail de mobilisation, de négociation auprès des prestataires et structures d'appui et autres partenaires.

La gestion courante est pareille dans ces mutuelles et est l'affaire d'une gérante et de son assistante.

Par ailleurs, avec la décentralisation, certaines activités comme les opérations de collecte au niveau de chaque mutuelle sont assurées par les Groupements Mutualistes Solidaires (GMS), composés de dix(10) adhérent(e)s et ayant un responsable qui se charge de faire le versement à la mutuelle.

Dans d'autres mutuelles, à l'occurrence de la mutuelle Wer Werlé Profemur, la délivrance de la lettre de garantie et le remboursement des ordonnances sont souvent réglés par certains membres du personnel de la branche de la Caisse d'Épargne et de Crédit.

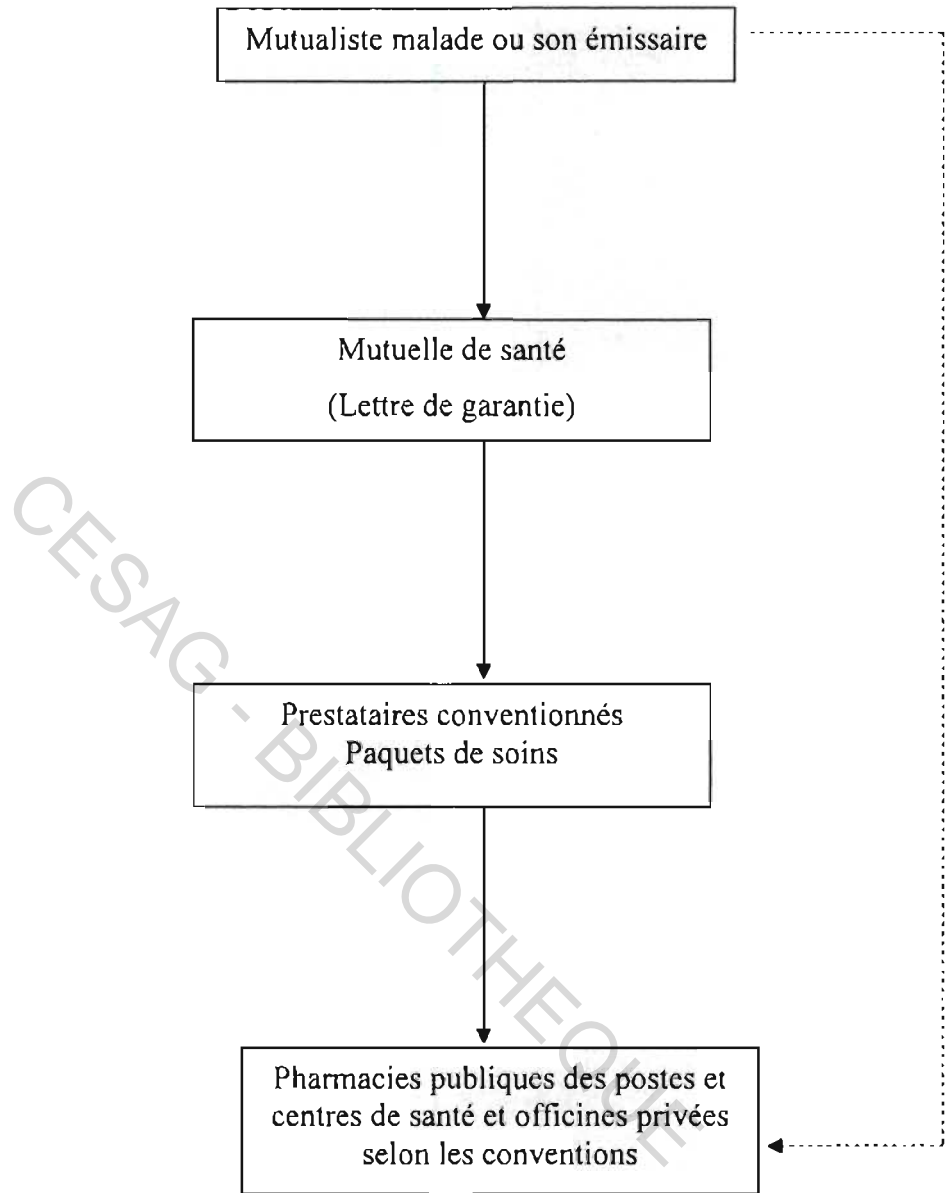
Enfin, l'UMSD est souvent aidée dans sa tâche de sensibilisation des populations adhérentes ou non par les animateurs et les équipes d'appui lors des réunions et des campagnes d'IEC.

Les outils de gestion et de suivi les plus courants utilisés par les mutuelles de santé de Guédiawaye sont le registre des bénéficiaires, le registre de paiement des primes, le registre des prestations et souvent le journal grand livre (mutuelle Wer Werlé Profemur)

Le trajet de recours aux soins de santé des mutualistes est établi comme suit:

- pendant les jours ouvrables, les mutualistes malades ou leurs émissaires doivent retirer une lettre de garantie auprès des mutuelles avant de se rendre dans un centre ou poste de santé conventionné ou faire avec la condition d'être à jour de ses cotisations. Alors le mutualiste malade peut effectuer l'achat des médicaments subventionnés par sa mutuelle respective. Seules les ordonnances prescrites et achetées auprès des prestataires partenaires sont remboursées comme les mutuelles Wer Werlé Profemur et Wer Ak Werlé qui, en plus des conventions avec les prestataires de soins publics, ont contracté avec des officines ou pharmacies privées.
- lors des jours non ouvrables et fériés, les mutualistes peuvent se rendre directement au centre ou poste de santé conventionné et le retrait de la lettre de garantie doit suivre dans un délai auprès des mutuelles.

Figure 2: Le trajet de recours de soins de santé du mutualiste malade



Légende:

Trajet jours ouvrables: —————>

Trajet jours non ouvrables: - - - - ->

Source: Notre étude selon l'organisation des prestations dans les mutuelles étudiées

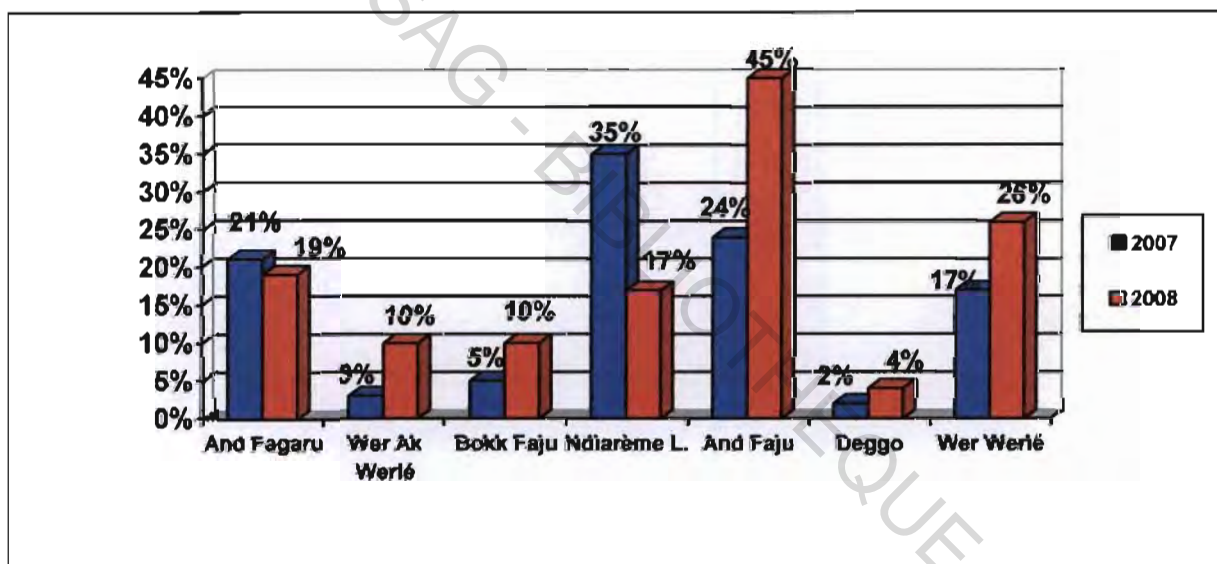
II- Présentation et analyse des indicateurs calculés de performance

Dans cette partie de notre étude, nous présenterons les indicateurs de performance calculés suite aux informations recueillies auprès des différentes mutuelles de santé que nous avons jugées indispensables pour réaliser ce travail.

2-1- Le taux de croissance brute

Nous avons calculé trois (3) taux de croissance brute à savoir les taux de croissance du nombre des adhésions, du nombre des bénéficiaires et du nombre des personnes à charge sur les périodes considérées pour notre étude afin de mesurer la capacité d'accroître les effectifs au sein des mutuelles de l'UMSD de Guédiawaye.

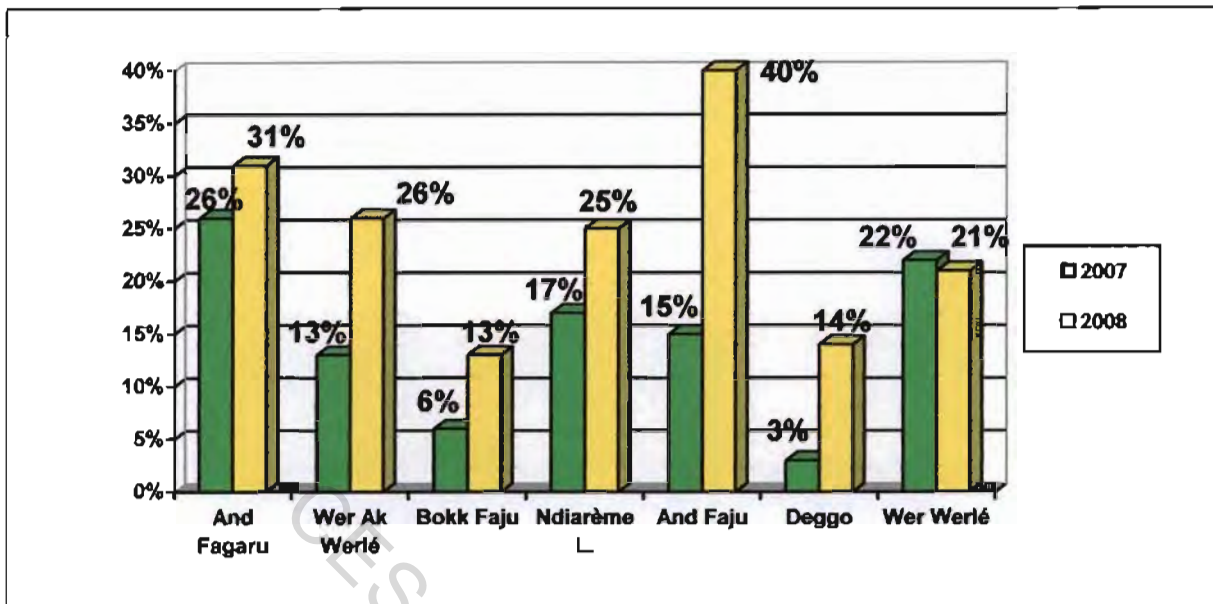
Graphique 4: Evolution du taux d'adhésion/ Mutuelle de 2007 à 2008



Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

A partir du graphique 4, nous affirmons qu'il y a deux (2) types d'évolution des adhésions au sein des mutuelles de santé membres de l'UMSD du département de Guédiawaye. Le premier type concerne la croissance des adhésions au niveau des mutuelles And Faju, Wer Ak Werlé, Bokk Faju et Deggo de 2% à 45%.

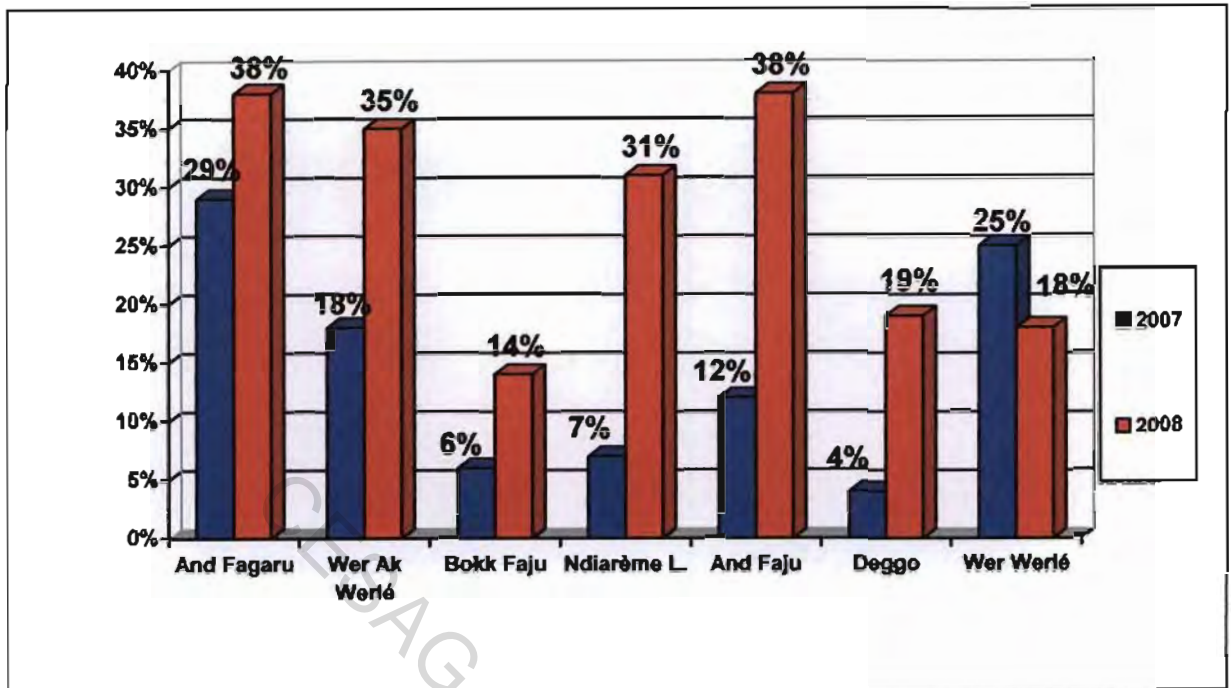
Par contre les mutuelles And Fagaru et Ndiarème Limamoulaye ont enregistré une baisse en 2008 respectivement de 21 à 19% et de 35 à 17%.

Graphique 5: Evolution du taux des bénéficiaires / Mutuelle de 2007 à 2008

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

L'évolution de la taille des bénéficiaires (graphique 5), quant à elle, est croissante dans six (6) des mutuelles et plus remarquablement avec les mutuelles And Fagaru en 2008 de 15 à 40%, soit (+ 25%), Wer Ak Werlé (+13%) et Deggo (+11%). La croissance du nombre des bénéficiaires de ces 6 mutuelles est justifiée par un nombre considérable des personnes à charge des adhésions massives des GMS pendant les périodes considérées.

Cependant, la mutuelle Wer Werlé Profemur n'a pas enregistré considérablement de bénéficiaires et fait chuter son taux de 22 à 21%, à cause des adhésions individuelles recensées pendant la période.

Graphique 6: Evolution du taux des personnes à charge / Mutuelle de 2007 à 2008

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

Le graphique 6 illustre la croissance du nombre des personnes à charge. Sur ce point, on peut dire qu'entre 2007 et 2008, les six (6) mutuelles qui ont enregistré une croissance des bénéficiaires ont encore maintenu une progression de la taille des personnes à charge. Ainsi de façon respective, on voit que la croissance a été très considérable avec And Faju (+26%), Ndiarème Limamoulaye (+24%), Wer Ak Werlé (+17%) et Deggo (+15%).

Cependant une régression a été enregistrée au niveau de Wer Werlé sur la même période de 25% à 18%, soit une diminution de 7% des personnes à charge.

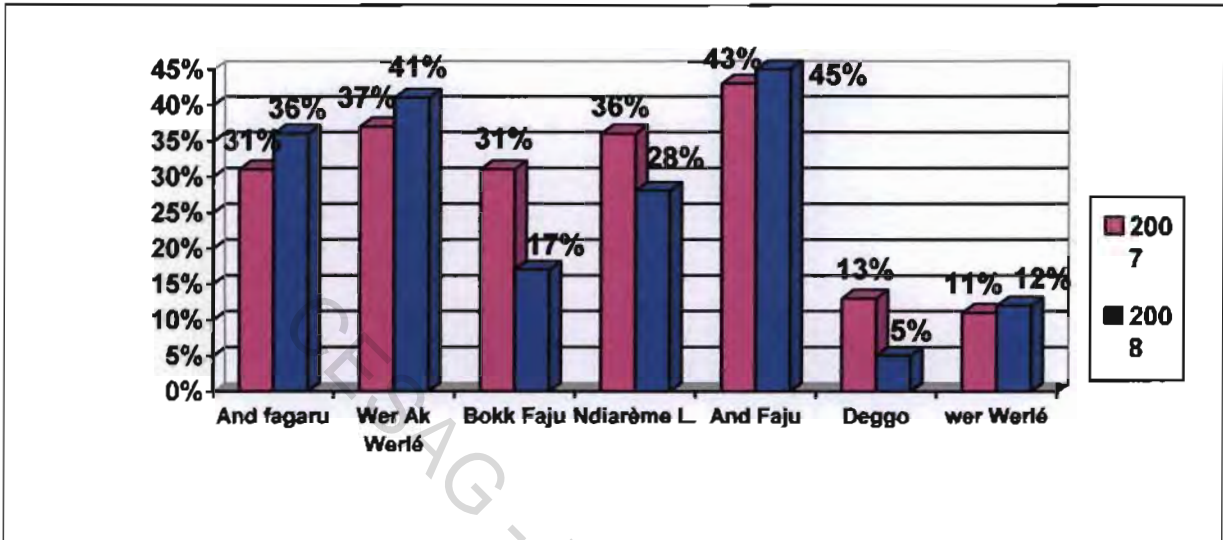
En conclusion, on pourrait justifier cette croissance des effectifs dans la mutuelle And Faju en général par sa création récente (2005), l'importance du réseau social des responsables de la mutuelle et la forte disponibilité de la gouvernance qui règne au sein de celle-ci.

Par contre les effectifs des bénéficiaires et des personnes à charge au niveau de Wer Werlé sont en régression à cause des adhésions et bénéficiaires individuels (membre adhérent seul et donc seul bénéficiaire) enregistrés pendant en 2008.

2-2- Le taux de recouvrement des cotisations

C'est un indicateur important qui permet d'apprécier la viabilité fonctionnelle et la capacité à recouvrer les cotisations émises par la mutuelle de santé.

Graphique 7: Evolution du ratio de recouvrement/Mutuelle de 2007 à 2008



Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

Au regard du graphique 7, le recouvrement est en nette progression dans les mutuelles de 2007 à 2008 en ce qui concerne les mutuelles And Fagaru (+5%), Wer Ak Werlé (+4%), And Faju (+2%) et Wer Werlé (+1%). Cette augmentation est l'actif des Groupements Mutualistes Solidaires (GMS) qui ont à leur tête un chef et qui se charge du recouvrement au sein de leur groupement et fait le versement au siège de sa mutuelle. On souligne aussi qu'en cas de retard, l'adhérent paie une pénalité comme sanction.

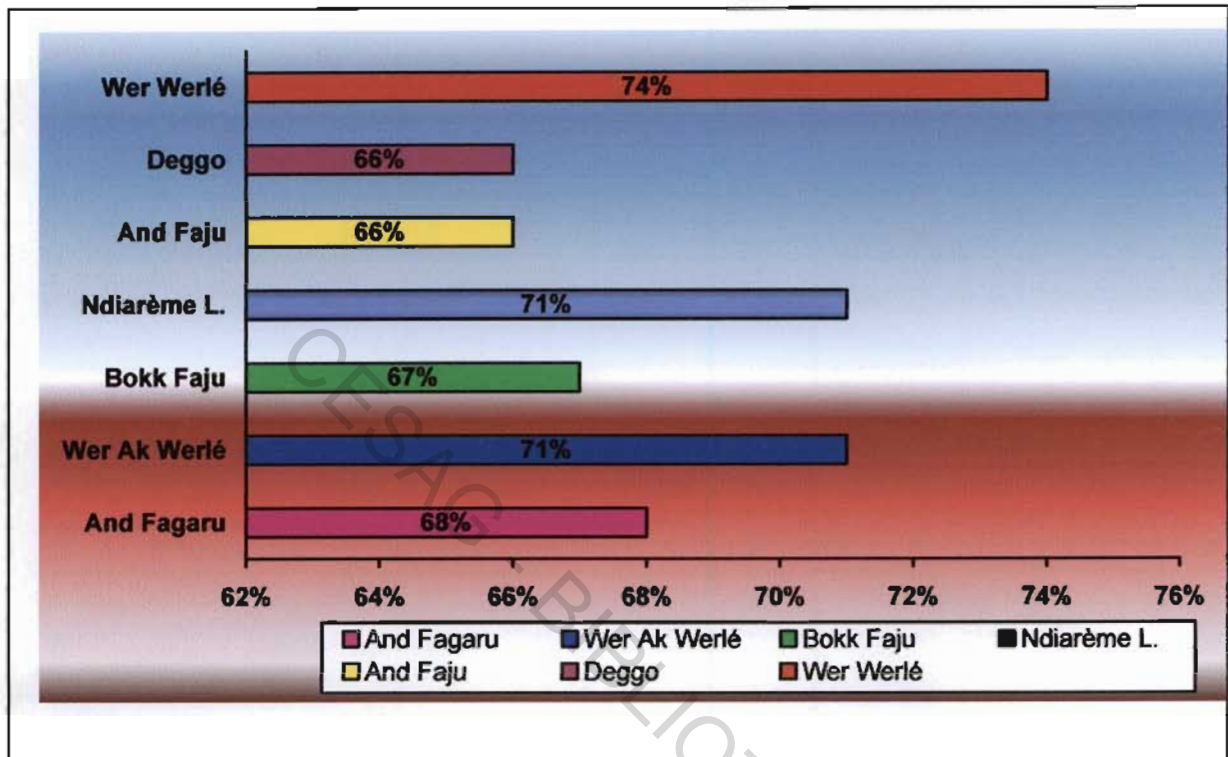
Par contre, les responsables ont recouvré moins que l'année précédente au sein de Bokk Faju (-14%), Ndiarème Limamoulaye (-14%) et Deggo (-7%). Cette baisse est justifiée par les inondations qui ont causé le déplacement de plusieurs bénéficiaires, le manque de volonté à payer les cotisations et la disposition à payer des adhérents qui ne leur permet pas d'honorer leurs engagements au fil des années.

Enfin, il est important de mentionner que la faiblesse du recouvrement au niveau des dites mutuelles est préjudiciable et représente une menace imminente pour leur fonctionnement.

2-3- Le taux de sinistralité

Le taux de sinistralité mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations par la mutuelle de santé.

Graphique 8: Taux moyen de sinistralité/ Mutuelle de 2007 à 2008



Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

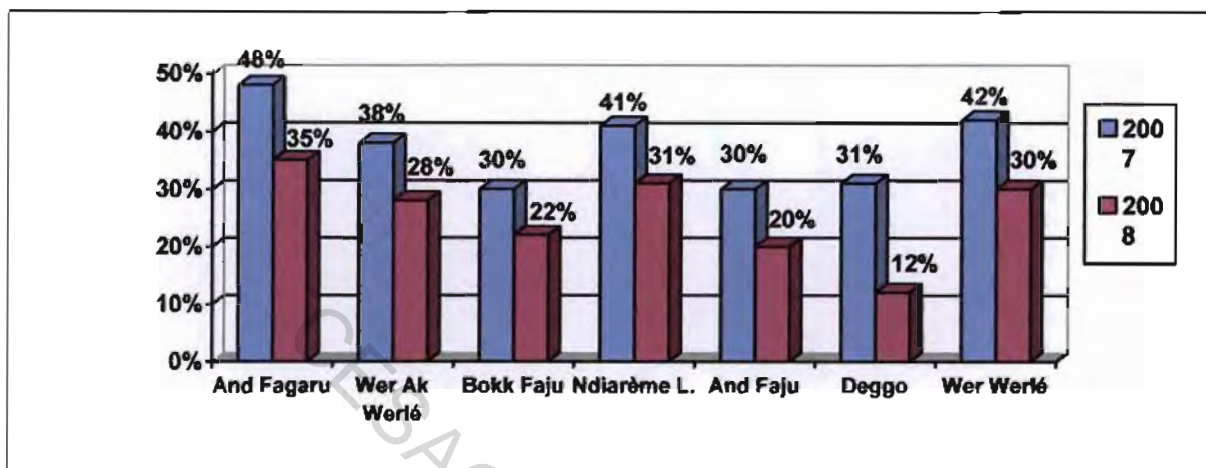
Le graphique 8 montre que les 7 mutuelles communautaires soumises à notre étude ont des taux de sinistralité élevés. Mais les mutuelles Wer Werlé (74%), Ndiarème Limamoulaye et Wer Ak Werlé (71%) présentent respectivement les meilleurs taux car ils avoisinent le taux normal de sinistralité recommandée (75%).

Ces taux sont élevés parce que les bénéficiaires ont beaucoup utilisé les services de santé proposés par les mutuelles. Ces taux élevés peuvent être également expliqués par le fait qu'une importante part des cotisations a été effectivement utilisée au remboursement ou règlement des prestations au niveau de l'ensemble des mutuelles de santé de Guédiawaye.

2-4- Le taux de fidélisation

Cet indicateur constitue une mesure de l'intérêt porté par les adhérents pour la mutuelle. Il illustre la fidélité des adhérents pour la mutuelle.

Graphique 9: Evolution du taux de fidélisation de 2007 à 2008



Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

Le graphique 9 donne une image préoccupante de l'indicateur de fidélisation au niveau des mutuelles de santé communautaires étudiées. Il montre que la fidélisation est moindre et inférieure à 50% pour chacune des mutuelles de santé étudiées.

Nous remarquons aussi que les taux ont régressé partout de 2007 à 2008.

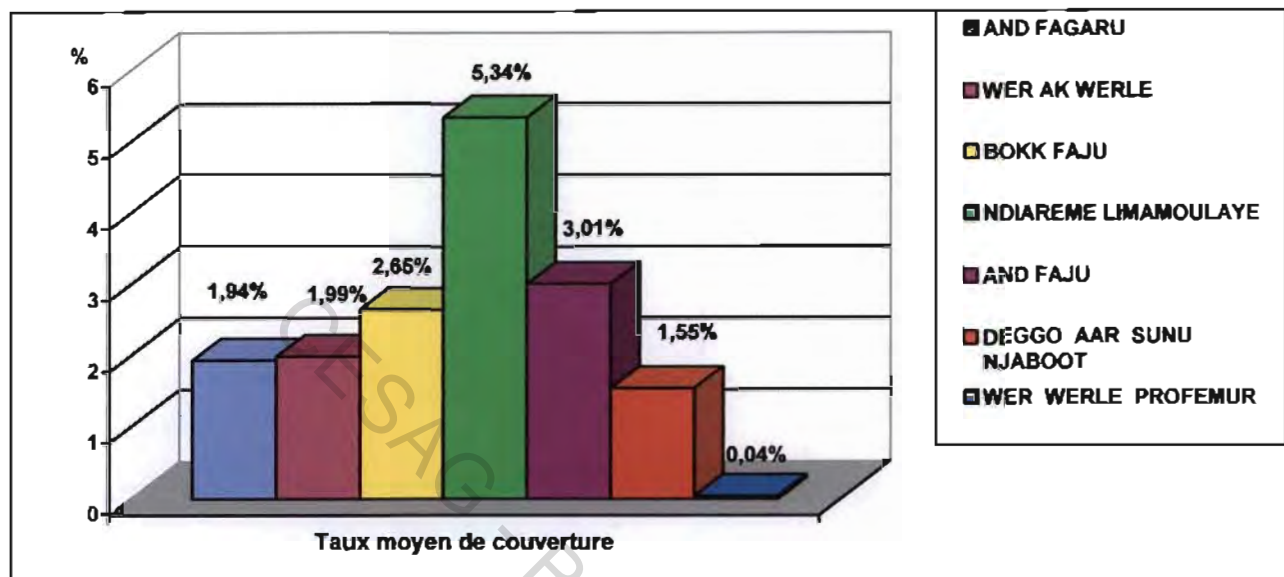
Nous voyons encore que la régression la plus alarmante se situe au niveau de la mutuelle Deggo avec une baisse de 19%.

Ce taux de fidélisation faible est lié en majorité, comme l'ont confirmé les gérants de ces mutuelles, à la restriction et au manque d'attractivité des services ou garanties proposés, suivi de la cotisation et de la capacité financière des adhérents et enfin de l'organisation interne des mutuelles.

2-5- Le taux de couverture de la population

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population totale de la zone d'intervention à laquelle la mutuelle de santé fournit des services. Il témoigne donc du poids de la mutuelle au sein de la zone.

Graphique 10: Taux moyen de la couverture par mutuelle en 2008



Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

Avec le graphique 10, on observe que les mutuelles ont un faible taux moyen de couverture de 2007 à 2008.

Nous enregistrons le taux de couverture le plus faible avec la mutuelle Wer Werlé (0.04%) et la meilleure couverture chez Ndiarème Limamoulaye (5.34%). Nous pouvons indexer comme raison de ce faible taux de couverture, le manque de marketing des mutuelles de santé auprès de la population.

CHAPITRE II: DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre, en dehors des résultats d'autres travaux sur des difficultés des mutuelles en général; nous avons fait une synthèse concernant la vérification de nos hypothèses et enfin nous avons dressé des recommandations à l'endroit des différents partenaires des mutuelles.

I- DISCUSSION

Notre étude a permis de collecter un ensemble de données sur un échantillon de 7 mutuelles de l'UMSD dans le département de Guédiawaye. Nous avons pu nous enquérir de leur performance concernant la croissance des adhérents, des bénéficiaires, des personnes à charge, de la fidélisation, du recouvrement, du règlement des sinistres et du taux de couverture.

Nous avons pu également évaluer la disponibilité des structures de soins, la prise en charge des adhérents, l'organisation interne et la gestion au niveau de ces différentes mutuelles de santé.

Notre discussion porte sur les principaux éléments qui de près ou de loin peuvent intervenir dans la performance des mutuelles communautaires en général et que notre travail a calculé ou analysé autour des différentes variables retenues dans notre étude.

Au niveau de l'accessibilité aux soins de santé

Les mutuelles de Guédiawaye membres de l'UMSD, malgré les différentes contraintes, ont œuvré et ont permis de franchir les blocages sur le plan de l'accessibilité. En effet, avec un montant compris entre 100 F CFA et 200 F CFA, le bénéficiaire d'une mutuelle de santé membre peut se voir administrer des soins en cas de maladies faisant partie du paquet de soins couverts par la mutuelle. L'obstacle de l'accessibilité financière est alors levé, ce qui encourage le membre de la mutuelle à recourir aux prestations dès que le besoin se présente. En outre, une panoplie de prestataires conventionnés (centres de santé, postes de santé, cliniques privées et aussi hôpitaux et officines privées pour celles qui ont la possibilité financière ou subvention) est disponible et géographiquement accessible.

Pour conclure sur cette variable, nous admettons que les mutuelles de santé communautaires de Guédiawaye de l'UMSD donne un souffle aux barrières de l'accessibilité aux soins et nous met en phase avec l'étude de Diabaté Amadou sur la contribution effective des mutuelles de santé à l'amélioration de l'accessibilité des populations pauvres aux structures de santé.

Mais souvent la limitation et l'attractivité des prestations et surtout le taux de couverture limitent l'impact.

Au niveau de la viabilité fonctionnelle

L'organisation interne et de gestion, le taux de recouvrement des cotisations et les taux de croissance des adhésions, des bénéficiaires et des personnes à charge ont été retenus dans notre travail pour évaluer la performance de la viabilité fonctionnelle.

Au terme de notre analyse, il convient de noter que toutes les mutuelles de santé de l'Union sont bien structurées du Conseil d'Administration aux adhérents avec des G.M.S pour mieux faciliter la tâche de gestion. Mais les réunions et souvent l'assiduité des membres composant ces différents organes reste à désirer, ce qui perturbe les prises de décisions pour un bon développement des structures soumises à notre étude.

Certes elles fonctionnent avec des outils comme les registres de suivi des adhésions et autres, mais le système de gestion informatisée et la formation des dirigeants et gérants de ces structures demeurent un réel problème qu'il faille résoudre.

En outre, le bénévolat au niveau de toutes les mutuelles, limite sérieusement leur performance dans la gestion et l'organisation qui est fondamentale pour leur viabilité comme le soutient Diabaté Amadou.

S'agissant de la croissance des effectifs, on peut affirmer que les taux de croissance des adhésions, des bénéficiaires et des personnes à charge au vu de nos résultats ont accru dans l'ensemble au niveau des mutuelles de santé avec une moyenne d'environ 15% en 2007 à 18% en 2008. Sauf les mutuelles Ndiarème Limamoulaye avec une baisse au niveau de 35% à 17%. Quant à la mutuelle Deggo les adhésions restent faibles (2% à 4%).

En somme, nous pouvons dire que certes les mutuelles soumises à notre étude ont enregistré des adhérents et bénéficiaires, cependant le taux des adhésions reste faible face au taux de 20% enregistré dans l'étude de Diop et all. en 2005 sur la performance des mutuelles communautaires au Sénégal. Et donc nous convenons que ces mutuelles de santé ont une méforme à motiver les adhésions dans leurs localités respectives. Ce taux faible résulte du manque d'information et de sensibilisation des populations cibles sur les atouts et bienfaits d'une telle structure.

Le recouvrement au sein des mutuelles de l'Union basées à Guédiawaye, a un niveau faible malgré les efforts consentis par les GMS et se situe à 45% avec la seule mutuelle And Faju de Sam Notaires sur les sept mutuelles étudiées. Aussi nous pensons que ce fait est lié entre autre à la surévaluation de la cotisation, à la faiblesse de la volonté et capacité

contributives, au manque de confiance aux responsables ou gérants bénévoles de la mutuelle, aux déménagements suite aux inondations comme c'est le cas de la mutuelle Bokk Faju de Médina-Gounass selon les explications de la gérante.

En effet, les résultats sur le taux de recouvrement ont mis en exergue le problème crucial que représente la récupération des cotisations qui frise la performance de la micro-assurance santé et renforcent, après quatre ans, les conclusions d'une étude de redressement des mutuelles de santé communautaires réalisée pour ENDA-GRAF en mars 2004 sur les mêmes mutuelles par Cheikh VILANE.

Le taux de fidélisation constitue une mesure de l'intérêt porté par les adhérents pour la mutuelle de santé.

Dans notre travail, ce taux a subi une baisse de 2007 à 2008 dans les 7 structures mutualistes de l'UMSD de Guédiawaye étudiées.

Quoiqu'il en soit, la situation présentée ici dans notre étude peut signifier que le public cible teste le système mais qu'une forte proportion n'est pas suffisamment satisfaite pour renouveler son adhésion. En définitive, on dirait que cela remet en cause la dynamique des structures mutualistes quant aux prises de nouveaux engagements pour satisfaire beaucoup plus les bénéficiaires

Au niveau de la mobilisation des ressources

Au terme de notre analyse, il ressort que les primes collectées au sein des sept (7) mutuelles sont effectivement utilisées pour le premier objectif ou la première raison d'être des mutuelles de santé, c'est-à-dire le paiement des prestations pour assurer la santé des adhérents.

Cette efficience dans l'utilisation des ressources financières est améliorée à notre avis parce que les mutuelles doivent montrer leur bonne foi dans les règlements des factures pour assurer la probité des mutuelles.

La mobilisation de ressources par les mutuelles de l'UMSD ciblées est faible mais raisonnable dans le financement des structures de santé partenaires. En effet, la proportion des montants des dépenses de santé de chaque structure mutualiste de Guédiawaye est comprise entre 66% et 75%. Cette moyenne contribution financière dans les caisses de leurs partenaires prestataires est expliquée par les faibles taux de couverture de la population et aussi le faible niveau de cotisation au sein des mutuelles de santé membres de l'UMSD de Guédiawaye.

Néanmoins, nous pouvons conclure que les structures sélectionnées pour notre étude ont représenté pour les prestataires de soins de santé, des partenaires plus crédibles du point de

vue des règlements des prestations et n'ont pas été un circuit alternatif de financement de la santé dans leur zone d'intervention de 2007 à 2008. En outre cette situation est inquiétante car elle traduit un dérapage des consommations ou un mauvais positionnement de la cotisation et il est d'ailleurs significatif qu'un nombre important de personnes relèvent leurs besoins d'augmentation des cotisations. Il devrait être possible de discuter de l'augmentation de la prime pour faire face aux problèmes de surconsommation. Cela protégerait les ressources des mutuelles. Ces choix devraient s'imposer à Wer Werlé même si la norme fixée est de 75%. Avec les taux de sinistralité enregistrés dans notre étude, nous confirmons une chute de cet indicateur par rapport à un taux de 96% mentionné dans les résultats de l'étude de Diop et al. en 2005.

II- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre travail, il nous apparaît bienséant et utile de formuler des recommandations dont l'intérêt principal est de permettre le renforcement des performances des mutuelles de santé communautaires pour leur pérennisation.

Elles vont à l'endroit de:

1- LES MUTUELLES

Spécifiquement, les formulations vont à l'endroit de chaque mutuelle de santé:

Parvenir à moyen terme à l'autonomisation du réseau

- augmenter sensiblement la population couverte;
- augmenter sensiblement les ressources endogènes;
- mobiliser les capacités humaines et matérielles nécessaires à une gestion professionnelle
- améliorer les résultats techniques (taux de recouvrement, taux de fidélisation,...);
- renforcer la fonctionnalité des mutuelles et des GMS;

Renforcement de la visibilité des mutuelles

- initier des actions en marketing;
- renforcer la visibilité des mutuelles sur leur lieu d'implantation;
- mettre en place des actions de communication;
- renforcer les actions en sensibilisation;

Renforcement de la capacité de recrutement de nouveaux adhérents et groupements

- identifier de nouvelles cibles;
- mettre en place une nouvelle forme de distribution des contrats;

- Motiver les animateurs pour favoriser leur dynamisme et améliorer leurs résultats techniques;

Renforcement de l'attractivité des produits

- mettre en place de nouveaux produits avec des garanties élargies (hospitalisations, pharmacies extérieures...);
- conventionner de nouveaux prestataires de santé;
- simplifier les règles d'utilisation des services des mutuelles de santé communautaires;

Aménagement des actions en gestion des risques pour faciliter leur appropriation par les acteurs des mutuelles

- aménager les supports d'information rétrocédés;
- s'attacher les services d'un médecin conseil pour la gestion de l'indemnisation des gros risques;
- renforcer la prise en compte de la dimension stratégique du développement du réseau et de chacune des mutuelles considérées individuellement;

2-L'UMSD

- besoin de rapprochement et d'assistance auprès des mutuelles de santé membres en matière de renforcement des capacités;
- soutien et renforcement de la mise en réseau des mutuelles de santé de la région de Dakar afin de favoriser la concertation, la représentation et le plaidoyer

3-L'ETAT

- créer un fonds de garantie pour les mutuelles de santé pour une réassurance des mutuelles de santé souvent en difficulté financière;
- promotion de l'intégration de représentants de mutuelle au sein des comités de gestion et conseils d'Administration des centres de santé afin de faciliter la négociation des conventions et de tarifs préférentiels pour les mutuelles;
- consolider le cadre national de concertation entre acteurs de la mutualité pour une réflexion partagée et consensuelle en renforçant son mandat, son objectif, son appui et son financement;
- subvention des soins hospitaliers basée sur un bon développement d'une véritable politique de contractualisation et une charte de qualité dans les structures sanitaires;
- implication des mutuelles de santé dans la mise en œuvre des programmes de santé;
- mise en vigueur du décret pour la reconnaissance juridique des mutuelles de santé.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude portant sur l'analyse de la performance des mutuelles de santé communautaires du département de Guédiawaye membres de l'UMSD, nous avons fait l'état des lieux sur la performance de sept mutuelles de santé communautaires.

L'analyse descriptive des données et indicateurs a confirmé la lourde tâche qu'il reste à faire pour rendre ces systèmes performants pour le financement des soins de santé de leurs adhérents, qui pour la plupart, sont issus des populations pauvres et sans couverture médicale.

Mais pour remplir convenablement leur rôle ultime qui est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations en leur offrant un meilleur accès aux soins, les mutuelles présentent certaines caractéristiques.

Dans l'analyse de certains critères qui entre autres, nous paraissent essentiels et faisant objet de notre étude, il ressort:

- la contribution actuelle des mutuelles de santé au financement des soins de santé est encore faible. Cependant, il existe un potentiel de mobilisation de ressources assez consistant. Ce potentiel se concrétisera énormément si des mesures sont prises pour améliorer les performances existantes;
- en outre, l'étude a porté sur l'analyse de la viabilité fonctionnelle. De ce point de vue, les mutuelles de santé de notre échantillon doivent intervenir davantage sur les indicateurs tels que les taux de fidélisation, de recouvrement des cotisations. Aussi un effort en matière de gestion et d'organisation interne, un système d'information permanente au sein des mutuelles et surtout le renforcement des capacités est nécessaire et même primordial;
- et enfin, concernant l'accessibilité aux soins, nous pouvons souligner que les mutualistes recourent plus vite aux soins que les non mutualistes compte tenu du niveau de pauvreté. Ce qui nous fait confirmer que les mutuelles de santé de Guédiawaye contribuent à l'accessibilité aux soins de santé de leurs bénéficiaires.

En somme, cette analyse nous a interpellé que les mutuelles de santé constituent un modèle porteur caractérisé par entre autres, le partage des risques dans la solidarité et l'entraide, un meilleur accès aux soins de santé et une finalité non lucrative. Et donc, il est nécessaire d'analyser leur performance pour leur pérennité.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

OUVRAGES

AUDIBERT M. et alii, *Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Kartala, Paris, 2003

BIT/ STEP, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Tome 1, Méthodologie*, Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de développement de Recherche (CIDR), 2001

BIT/ STEP, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Tome 2: Indications pratiques*, Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de développement de Recherche (CIDR), 2001

Mc CONNELL, CR & BRUE, L.S, *Economics, principes, problems and policies*, Edition Mc GRAW, HILL Irwin, part six, p378-380, 2005

HUBER et alii, *Mutuelles de santé, 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest*, GTZ, 2003

SHAPIRO, C & Varian, HR, *Economie de l'information, guide stratégique de l'économie des réseaux*, traduction de la 1ère édition américaine par Fabrice Mazerolle, édition De Boeck, 2ème tirage, p11-27

WAEKENS et CRIEL, *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne*, Mars 2004

RAPPORTS ET ARTICLES

AUDIBERT, P., De ROODENBEKE, E., PAVY-LETOURNY, A., & MATHONNAT, J. *Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse*

http://www.cesh.org/evenement/colloque/2004/Communications_conferenciers/Utilisation%20services%20sant%C9%20Afrique.pdf, p8-14, 2004

CHEIKH VILANE, *Etude sur le rôle des mutuelles de santé au Sénégal*, 2006

CHRIS ATIM, *Social Science and Medicine*, intitulé, *social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon*, 1999

DIOP. O., E.M. NDIAYE, *Document et rapport d'inventaire diagnostique des mutuelles de santé membres de l'UMSD, 2003-2005*

DOMINIQUE EVRARD, *Courrier de la Concertation N0 9, Janvier 2003*

ENDA, *Réseau des mutuelles de santé, 2007*

FOURNIER, P., DIOP, I., KONE, A., & HADDAD, S., *Performance des mutuelles communautaires au Sénégal : le rôle de l'offre de soins, document pdf, http://www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/papier/fournierD3_txt.pdf, p15-18, 2005*

LETOURMY, A., & PAVY- *La micro-assurance santé dans les pays à faible revenu. Revue notes et documents, n°26, agence française de développement. p25-47, 2003*

Situation Economique et Sociale du Sénégal 2007

THARCISSE NKANAGU, *Le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale en Afrique francophone, Contribution du département de la sécurité sociale du Bureau International du Travail, Colloque des directeurs d'Institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, 6-10 Novembre 2006*

WAEKENS, M-P., & CRIEL, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne: Etats de lieux et réflexions sur un Agenda de Recherche. Édition HNP (Health Nutrition and Population), p24-56*

MEMOIRES

ADOMON SIKA GAUTIER, *Etude de la performance d'une centrale d'achat de médicaments essentiels: cas de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire de 1996 à 2001, 4ème Promotion, DESS/Economie de la Santé, 2001-2003*

AMADOU DIABATE, *Etude de la pertinence de la réassurance des mutuelles de santé: cas des mutuelles de santé de Thiès, 2003*

ANOH YAPO KOUTOUAN SERGES, *Etude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé: cas de mise en place d'une mutuelle de santé pour 3 mutuelles de crédit en Côte d'Ivoire, Mai 2004*

CHEIKH MOUSTAHINE SARR, *Etude de la faisabilité de la réassurance pour les mutuelles de santé de Thiès, Mémoire de fin d'études de 3^{ème} cycle, 2007*

KOUAME MORRIS KONAN, *Analyse de la consommation médicale d'une mutuelle complémentaire de santé: cas de la mutuelle des Armées du Sénégal, Mémoire de fin d'études, 2005*

PAPA MODOU NDIAYE, *Analyse de la performance du Programme National d'Infrastructures Rurales (PNIR), 2^{ème} Promotion, DESS/Gestion des Projets*

RICHARD VENANCE GANDAHO, *Etude sur la viabilité des mutuelles de santé au Bénin et leur contribution au financement de la santé et à l'accès aux soins*

VICTOR ANANI ECLOU, *Analyse de la performance et des mécanismes de pérennisation du Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida (PPLS) en République du Bénin, 4^{ème} Promotion, DESS/Gestion des Projets*

YAPI GHISLAIN SYLVESTRE, *Etude d'évaluation de la situation actuelle des institutions de prévoyance maladie (IPM) et des mutuelles de santé dans une perspective d'extension de la couverture maladie au Sénégal, Mémoire de fin d'études, 2005*

YAYA BOCOUM FADIMA I.K., *Analyse des dépenses de santé des mutuelles de santé: cas d'une mutuelle au premier franc et d'une mutuelle complémentaire, Mémoire de fin d'études, Janvier 2005*

YOBOUET SIMONE, *Adéquation ressources financières et prestations de soins: étude rétrospective portant sur 4 mutuelles de santé, Mémoire de fin d'études, 2001*

YO MENEHOUAN MARINA, *Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès, Mémoire de fin d'études, 2001*



ANNEXES

Annexe 1: Les tableaux des statistiques des différentes mutuelles de l'UMSD

Tableau 1: Evolution du nombre des adhésions, du nombre des bénéficiaires et du nombre des personnes à charge

Mutuelles	Année	AND FAGARU		WER AK WERLE		BOKK FAJU		NDIAREME LIMAMOULAYE		AND FAJU		DEGGO SUNU NJABOOT		WER PROFEMUR	
		Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Adhérents	2006	338		437		319		401		288		138		83	
	2007	408	21%	450	3%	334	5%	542	35%	357	24%	140	2%	97	17%
	2008	484	19%	493	10%	366	10%	635	17%	519	45%	146	4%	122	26%
Bénéficiaires	2006	938		1193		1335		1117		1102		407		219	
	2007	1183	26%	1343	13%	1412	6%	1306	17%	1268	15%	420	3%	267	22%
	2008	1554	31%	1698	26%	1595	13%	1638	25%	1773	40%	478	14%	323	21%
Personnes à charge	2006	600		756		1016		716		814		269		136	
	2007	775	29%	893	18%	1078	6%	764	7%	911	12%	280	4%	170	25%
	2008	1070	38%	1205	35%	1229	14%	1003	31%	1254	38%	332	19%	201	18%

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

NB: X représente la date de création de la mutuelle et les taux ici calculés ont été arrondis

Tableau 2: Etat des cotisations /Mutuelle de 2007 à 2008

Mutuelles	AND		WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULAYE	AND FAJU	DEGGO AAR SUNU NJABOOT	WER WERLE PROFEMUR
	FAGARU	Années						
Cotisations émises	3230400	2007	2659200	2233800	2262600	3043200	1263600	1230200
	3729600	2008	4075200	2842200	2530800	4255200	1395600	900600
Cotisations perçues	996400	2007	978200	700150	817450	1315200	169100	137400
	1355800	2008	1676000	470150	702300	1900800	73500	112800
Ratio de Recouvrement	31%	2007	37%	31%	36%	43%	13%	11%
	36%	2008	41%	17%	28%	45%	5%	12%

Tableau 3: Etat du règlement de la sinistralité par mutuelle de 2007 à 2008

Mutuelles	AND		WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULAYE	AND FAJU	DEGGO AAR SUNU NJABOOT	WER WERLE PROFEMUR
	FAGARU	Années						
Cotisations acquises	1360800	2007	1221600	770400	964800	1672800	160800	271200
	1543200	2008	1850400	646200	1024200	2412000	117600	235200
Dépenses maladies	954175	2007	888085	541000	663645	1014125	103545	202190
	1006015	2008	1262340	410620	745560	1685660	79280	195260
Taux de sinistralité	70%	2007	73%	70%	69%	61%	64%	75%
	65%	2008	68%	63%	73%	70%	67%	72%
Taux moyen de sinistralité	68%		71%	67%	71%	66%	66%	74%

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles /NB: Les taux ici calculés ont été arrondis

Tableau 4: Etat de la fidélisation par mutuelle de 2007 à 2008

Mutuelles	AND FAGARU		WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULA YE	AND FAJU	DEGGO AAR SUNU NJABOOT	WER WERLE PROFEMUR
	Années							
Ratio de	2007	48%	38%	30%	41%	30%	31%	42%
fidélisation	2008	35%	28%	22%	31%	20%	12%	30%

Tableau5: Evolution du taux de la couverture moyenne par mutuelle en 2008

Mutuelles	AND FAGARU		WER AK WERLE	BOKK FAJU	NDIAREME LIMAMOULA YE	AND FAJU	DEGGO AAR SUNU NJABOOT	WER WERLE PROFEMUR
	Année							
Nombre total	2008	1554	1698	1595	1638	1773	478	323
bénéficiaires								
Population	2008	80000	85000	60000	30665	58864	30665	80000
taux totale								
Taux moyen de		1.94%	1.99%	2.65%	5.34%	3.01%	1.55%	0.04%
couverture								

Source: Notre étude selon les données de base des mutuelles

Annexe 2: Fiche d'enquête

Fiche n°.....

Merci de me faire connaître votre opinion à ce sujet en répondant à ce questionnaire. Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude, les informations et les réponses recueillies seront confidentielles et anonymes.

COORDONNEES DE LA MUTUELLE DE SANTE

Nom de la mutuelle:.....
Adresse:
Téléphone.....
Email.....
Type de mutuelle:.....
Nom de la personne à contacter:.....
Date de démarrage:.....
Appartenance à un réseau:.....
Existence d'une structure d'appui:.....
Existence d'une organisation responsable:.....

ORGANISATION ET GESTION DE LA MUTUELLE

Statut du gérant:.....
Nature du Conseil d'Administration:.....
Les adhérents participent-ils à la gestion courante de votre mutuelle?.....

Quels sont les différents organes de votre mutuelle?

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

Fonctionnent-ils tous correctement?.....
Si non, pourquoi?.....

Utilisez-vous un logiciel de gestion/comptabilité?.....
Si oui, son nom:.....

Utilisez-vous un logiciel de suivi.....
Si oui, son nom:.....

Entretenez-vous des partenariats avec d'autres organismes?
Si oui, lesquels.....

OPINIONS SUR LA QUALITE DES PRESTATIONS

- 1) Comment trouvez-vous la qualité des soins dispensés dans les services en partenariat avec votre mutuelle ? a) satisfaisant/ /, b) passable/ /, c) à améliorer/ /, d) ne sais pas/ /
- 2) Quelle est votre opinion sur la disponibilité des médicaments? a) bonne/ /, b) acceptable/ /, c) à améliorer/ /d) ne sais pas/ /,
- 3) Quelle est votre opinion sur l'accessibilité financière aux soins et aux médicaments? a) bonne/ /, b) acceptable / /,c) à améliorer/ /, d) ne sais pas/ /
- 4) Les adhérents se plaignent-ils souvent de l'ensemble de votre mutuelle?
- 5) Qu'est-ce qu'ils vous reprochent très souvent?
- Insuffisance dans la prise en charge (taux de couverture).....
 - De la gestion de la mutuelle.....
 - Le remboursement des frais de prise en charge.....
 - Du comportement des prestataires de soins
 - Du taux de cotisation.....
 - Manque d'information.....
 - Autres (à préciser)
- 6) Selon vous, quels sont vos problèmes récurrents auxquels voulez- vous faire face pour la satisfaction de vos adhérents:.....

FINANCEMENT DE LA MUTUELLE

- Disposez-vous d'un fonds de garantie pour votre mutuelle?.....
- Quel est le taux de cotisation mensuelle pratiqué par votre mutuelle?.....
- Quel est le montant total des cotisations attendues?.....
- Quel est le montant total des cotisations perçues?.....

METHODES D'INFORMATION DES ADHERENTS DE LA MUTUELLE

- Pratiquez-vous souvent des séances d'IEC pour vos adhérents?.....
- Quels sont les autres moyens d'information pratiqués par la mutuelle?.....
- Quelle est la fréquence de tenue des réunions de votre mutuelle?.....
- Combien de réunions avez-vous tenues réellement?.....
- Combien d'assemblées générales avez-vous tenues réellement annuellement?.....
- Avez-vous accusé des retards dans le paiement des factures?.....
- Quelles ont été les raisons de ces retards?.....
- Quelle solution préconisez-vous ou aviez-vous préconisée?.....
-
-
-

Vous est-il arrivé de subir des ruptures dans la prise en charge pour défaut de paiement?.....

.....

.....

Années	Nombre Adhérents	Nombre Adhérents à jour
2006		
2007		
2008		
	Nombre Bénéficiaires	Nombre Bénéficiaires à jour
2006		
2007		
2008		
	Nombre Adhérents démissionnaires	Nombre Bénéficiaires démissionnaires
2006		
2007		
2008		
	Montant des cotisations attendues	Montant des cotisations perçues
2006		
2007		
2008		
	Montant des Dépenses maladie	Montant Règlement des Dépenses
2006		
2007		
2008		
	Montant Règlement comptant	Montant Règlement retard
2006		
2007		
2008		

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

AU SUJET DE L'UMSD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AU SUJET DE L'ETAT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AU SUJET DES ADHERENTS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE