

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
ET SUPERIEUR

UNIVERSITE OUAGAI I



UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES ECONOMIQUES ET GESTION
(UFR / SEG)

MAITRISE EN ECONOMIE ET DE GESTION DES ENTREPRISES
D'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE
(MEGEES)

ANNEE ACADEMIQUE 2012-2013

BURKINA FASO

UNITE-PROGRES-JUSTICE

MÉMOIRE

**EN VUE DE L'OBTENTION DE LA MAÎTRISE EN ECONOMIE ET GESTION
DES ENTREPRISES D'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE
(MEGEES)**

THÈME

*STRATEGIE DE FIDELISATION DES
BENEFICIAIRES D'UNE MUTUELLE DE SANTE :
CAS DE LA MUTUELLE DE SANTE URBAINE LAAFI
BAORE (MSU/LB)*

Présenté et soutenu publiquement par:

KANKO Adèle

Directeur de mémoire

Drs B. Aristide Isidore **DONDASSE**
Enseignant chercheur à l'Université
Ouaga II UFR / SEG

Maître de stage

Monsieur Marcel **ZANTE**
Président du Conseil d'Administration de la
MSU/LB

Octobre 2014

DEDICACE

A mon père Bassan BAKO,

qui m'a conduit aux portes de l'école et m'a préparé à affronter les aléas de la vie. Que le Seigneur te comble de bénédictions Papa.

A mes mamans chéries,

qui m'ont toujours encouragé surtout pendant les moments les plus difficiles de ma vie. Que Dieu vous bénisse Mamans.

A tous mes frères et sœurs,

qui m'ont toujours accompagné de par leurs conseils et leurs prières.

REMERCIEMENT

A mon directeur de mémoire, Monsieur **B. Aristide Isidore DONDASSE** pour son engagement, ses encouragements, sa confiance et surtout sa disponibilité malgré ses multiples occupations. Ses conseils ont beaucoup contribué à faire ce travail dans de bonne condition.

A Monsieur **Marcel ZANTE**, le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé « Laafi Baoré », pour m'avoir acceptée comme stagiaire dans sa structure.

A Monsieur **Boureima NOMBRE**, Gestionnaire de la Mutuelle de Santé « Laafi Baoré », pour m'avoir encadrée avec beaucoup d'attention malgré son calendrier chargé.

A toute l'équipe du RAMS/BF, en particulier Monsieur **Patrice PAMOUSSO**, le Secrétaire Exécutif pour les précieux conseils.

A feu le Professeur **Souleymane SOULAMA**, qui a eu l'initiative de mettre en place la MEGEES et à tout le corps enseignant de l'UFR/SEG pour leur disponibilité.

Toute ma gratitude au Révérend Père Curé **Zbigniew LAS** de la paroisse Notre Dame du Rosaire de Soubré, qui n'a jamais cessé de me soutenir par ses prières et par ses conseils.

A toute la grande famille Bako, pour le soutien de tout genre.

A mes amis (es) de l'Université Ouaga 2, en particulier ceux de la MEGEES pour leur solidarité.

Et à toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à faire de moi ce que je suis.

AVANT-PROPOS

Le présent mémoire est le fruit d'une recherche sur une thématique rédigée à l'issue d'un stage effectué en entreprise. En effet, ce stage figure dans le programme d'enseignement conçu par l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG) de l'Université OUAGA II pour les étudiants inscrits dans des filières professionnalisantes du second cycle telle que la Maîtrise en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES).

Créée en 2006 sous la direction de feu le Pr. Souleymane SOULAMA et en collaboration avec les universités belges de Liège et de Louvain-la-Neuve, la MEGEES a pour objectif de former des cadres de conception capables de créer, gérer et manager les entreprises d'économie sociale et solidaire au Burkina Faso et partout dans le monde. Pour l'atteinte de cet objectif, elle recrute chaque année vingt-cinq (25) étudiants ayant au moins BAC+2 dans les disciplines de sciences sociales (économie, sociologie, droit) pour une formation continue de deux (02) ans. Ce recrutement comprend trois étapes à savoir : la présélection sur dossier, le test écrit et le test oral. En cette année académique 2013-2014, elle est à sa huitième promotion pour les cours dispensés le jour et à sa troisième promotion pour les cours dispensés les soirs.

Pour la rédaction du mémoire de fin de cycle, il est demandé à chaque étudiant en MEGEES, un stage d'au moins quarante cinq (45) jours afin de mettre en pratique les théories acquises lors de la formation. C'est dans cette optique que nous avons effectué un stage à la Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré (MSU/LB) sur le thème : « stratégie de fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé : cas de la MSU/LB ».

Notre désir est que ce document soit un outil d'apprentissage accessible à tous les étudiants qui le souhaitent en particulier ceux de l'économie sociale et solidaire, mais également aux dirigeants des mutuelles de santé.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENT.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
SOMMAIRE.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE1: REVUE DE LITTERATURE SUR LA FIDELISATION DU CONSOMMATEUR	6
I. LE CONCEPT DE FIDELISATION DU CONSOMMATEUR	6
II. LES FACTEURS DE LA FIDELISATION DES CONSOMMATEURS	9
III. PROCESSUS DE FIDELISATION ET MARKETING RELATIONNEL.....	20
CHAPITRE 2 : GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES ET PRESENTATION DE LA MSU/LB	24
I. GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES AU BURKINA FASO.....	24
II. PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE URBAINE « LAAFI BAORE » (MSU/LB).....	30
CHAPITRE3: METHODOLOGIE DE RECHERCHE, ANALYSE DES RESULTATS ET ESSAI DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION.....	39
I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	39
II. ANALYSE DES RESULTATS	43
III. ESSAI DE PROPOSITION DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION.....	53
CONCLUSION GENERALE.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
TABLE DES MATIERES.....	i
Annexe1 : GUIDE D’ENTRETIEN ADRESSE AUX BENEFICIAIRES.....	IV
Annexe2 : GRILLE D’ANALYSE DE CONTENU.....	IV
Annexe3 : CODIFICATION.....	V
Annexe4 : ORGANIGRAMME DE LA MSU/LB.....	VI

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIMS	: Centre d'Etude et d'Appui techniques aux Institutions de Micro-assurance Santé
AGK	: Association des Garagistes du Kadiogo
AMU	: Assurance Maladie Universelle
AMV	: Assurance Maladie Volontaire
BIT	: Bureau International du Travail
BS	: Bureau de Section
CA	: Conseil d'Administration
CARFO	: Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CBM	: Caisse Baïtoul Maal
CC	: Comité de Contrôle
CIDR	: Centre International de Développement et de Recherche
CHUM	: Centre de Recherche du Centre Hospitalier de L'université de Montréal
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTB	: Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina Faso
CM	: Centres Médicaux
CMA	: Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COGES	: Comité de Gestion
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
FSC	: Formations Sanitaires Conventionnées
GA	: Générale des Assurances
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels

LSK	: Laafi Sira Kweogo
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MUFEDE	: Mutualité Femme et Développement
MSU/LB	: Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OST	: Office de Santé des Travailleurs
PCA	: Président du Conseil d'Administration
PNPS	: Politique Nationale de la Protection Sociale
RAMS/BF	: Réseau d'Appui des Mutuelles de Santé au Burkina Faso
SCADD	: Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
SONAR	: Société Nationale d'Assurance et de Réassurance
STEP	: Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UAB	: Union des Assurances du Burkina Faso
UG	: Unité de Gestion
UTM	: Union Technique de la Mutualité Malienne
UNICEF	: Organisation des Nations Unies pour l'Education et l'Enfance
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les douze facteurs de fidélisation des clients à une marque	13
Tableau 2 : Typologie usuelle des mutuelles sociales au Burkina Faso.....	28
Tableau 3: Les caractéristiques de l'échantillon.....	41
Tableau 4: variables évoquées par les bénéficiaires du secteur public	45
Tableau 5: variables évoquées par les bénéficiaires du secteur privé.....	46
Tableau 6: variables évoquées par les bénéficiaires du secteur informel.....	47
Tableau 7: variables évoquées par les bénéficiaires désinscrits	48
Tableau 8: Synthèse des facteurs de non fidélité des bénéficiaires et vérification des hypothèses.....	52
Tableau 9: Récapitulatif des principaux obstacles à la fidélisation et des stratégies proposées.....	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Facteurs influençant la fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé	18
Figure 2: Les cinq étapes de la stratégie de fidélisation.....	21
Figure 3: Les principes fondamentaux de la mutuelle sociale	26

INTRODUCTION GENERALE

Continent le plus pauvre, l'Afrique est perçue comme le condensé de toutes les calamités qui entravent le développement des pays du tiers monde et qui conditionnent le mode de vie de leurs populations. Soucieux de ne pas rester en marge de la marche du monde, l'Afrique se voit, dans l'obligation de relever tous les défis qui devront lui permettre d'assurer de bonne condition de vie à ses populations. Ces défis sont en droite ligne avec la vision des nations unies et sont consignés sous le vocable "Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)" parmi lesquels, on peut citer l'éducation pour tous, l'accès à l'eau potable, la santé, etc.

La santé constitue à elle seule, un problème de développement. Les populations africaines éprouvent d'énormes difficultés à s'assurer de bons soins de santé du fait de l'inexistence d'un système de financement collectif comme dans la plupart des pays d'Europe. Cet état de fait les amène à se prendre en charge pour le financement de leurs soins de santé. Toute chose qui constitue un coût important pour celles-ci étant donné qu'elles n'ont qu'un revenu limité. Une étude réalisée en 2011 par le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF), a révélé que 80% des dépenses des populations sont consacrées à la santé. Ce qui a pour conséquence de les enfoncer dans la pauvreté et freiner toutes perspectives de développement.

Suite à ce constat, de nombreux Etats africains, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), vont adopter d'autres politiques devant conduire à la contribution de la population dans le financement de leur soins de santé selon les conclusions de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, compte tenu de la quasi-inexistence de l'assurance maladie et du système de financement collectif.

Au Burkina Faso, l'adoption de l'initiative de Bamako en 1994 apparaît comme une stratégie de relance de soins de santé primaires adoptée en 1978 à Alma ATA au Kazakhstan. Elle vise une accessibilité universelle aux services de santé par la triade « participation communautaire, recouvrement partiel des coûts (vente des médicaments essentiels et génériques), autofinancement partiel du fonctionnement des services (SOME Mathias, 2008) ». Cette initiative va susciter un véritable espoir pour les acteurs de la santé et surtout pour des populations les plus économiquement démunies. Selon le RAMS/BF (2011), environ 90% de la population active,

notamment les travailleurs ruraux et de l'économie informelle sont exclus des systèmes d'assurance existants. Ces systèmes d'assurance sont représentés au niveau public et parapublic par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) et l'Office de Santé des Travailleurs (OST) et au niveau privé par les systèmes classiques d'assurance (UAB, SONAR, GA, Allianz,...) qui ne couvrent que 1% de la population sur le plan de la santé. Ainsi, n'ayant pas accès à ces systèmes d'assurance pour faire face aux risques liés à la maladie, cette population exclue s'organisera en association, en ONG, en mutuelle etc., pour répondre au besoin de financement de leurs soins de santé. Dès lors, on assiste à l'émergence des systèmes d'assurance maladie à but non lucratif (mutuelle de santé et autres systèmes d'assurance maladie de type communautaire) qui se fondent sur le principe d'entraide et de solidarité dans le financement des ressources permettant une meilleure accessibilité aux soins de santé.

C'est dans cette logique, que fut créée en juin 2006 la Mutuelle de Santé Urbaine « Laafi Baoré » (MSU/LB), par une association d'organisations socioprofessionnelles et entreprises de la capitale, accompagnées par le (RAMS/BF) pour faciliter l'accès à des soins de qualité et à moindre coût de leurs membres. La MSU/LB a débuté ses activités officiellement en février 2007 avec huit (08) organisations membres (organisations mères).

Durant ces trois dernières années, elle a connu un taux d'accroissement significatif en termes d'adhésion, qui se traduit par une progression de 25,28% en 2011 à 57,86% en 2012 puis à 61,76% en 2013. L'amélioration de ce taux s'explique en grande partie par les actions d'information et de sensibilisation menées au cours des années 2010 et 2011, mais aussi des actions de plaidoyer menées auprès du ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Ces dernières ont permis l'inscription de huit cent (800) personnes dont cinq cent quatre-vingt six (586) bénéficiaires avec cent soixante six (166) adhérents officiellement enregistrés. Au 31 décembre 2013, la mutuelle comptait à son actif, près de deux mille sept cent trente quatre (2734) bénéficiaires dont 1261 adhérents avec un taux de recouvrement de 36,23%. Cependant, le constat est que, malgré les efforts des promoteurs, les membres des organisations mères qui devraient faire la promotion de la mutuelle en se fidélisant, se sont désaffiliés. Seulement 2 sur 8 des organisations mères fonctionnent normalement. Par ailleurs, le total des bénéficiaires régulièrement à jour de leur cotisation au cours de l'année reste faible par rapport au nombre total

de personnes affiliées. Ce qui conduit à terme, une perte importante de membres pouvant mettre en péril la viabilité de la MSU/LB. En effet, le nombre des bénéficiaires désinscrits est passé de 120 en 2011 à 346 en 2013, soit un taux d'accroissement de 188,33%. En 2013, le taux de fidélisation des bénéficiaires était de 76,38% ; ce qui est inférieur à la norme.

Pour Turcotte-Tremblay, Haddad et al. (2010), la viabilité des mutuelles de santé est toutefois limitée par le faible niveau d'adhésion et surtout de fidélisation des membres. Il va de soit donc, qu'une mutuelle de santé comme la MSU/LB, qui vit essentiellement des droits d'adhésion et de cotisation de ses membres, se doit de développer des stratégies de fidélisation de ses membres au-delà de ses politiques de sensibilisation ayant suscité leur adhésion. D'où le thème de notre étude : « stratégie de fidélisation des bénéficiaires d'une mutuelle de santé : cas de la mutuelle de santé urbaine Laafi Baoré (MSU/LB) ». Ce thème entend soulever la problématique de la faible fidélisation des membres pour laquelle l'adoption d'une stratégie s'avère nécessaire. Ce qui nous amène à nous poser la question de recherche principale suivante : quels sont les facteurs explicatifs de la faible fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB ?

La littérature nous renseigne que la confiance, la satisfaction, la qualité du service et le pouvoir d'achat du bénéficiaire sont des facteurs de fidélisation majeurs dans une mutuelle de santé (Turcotte-Tremblay, Haddad et al. 2010). Dès lors les questions spécifiques suivantes peuvent être posées:

- 1-Le départ des bénéficiaires de la MSU/LB n'est-il pas expliqué par la mauvaise qualité des prestations de soins offertes?
- 2- Le départ des bénéficiaires de la MSU/LB n'est-il pas expliqué par l'insatisfaction vis-à-vis des prestations offertes?
- 3- Le manque de fidélité des bénéficiaires à la MSU/LB n'est-il pas expliqué par le manque de confiance de ceux-ci à la structure?
- 4- Le manque de fidélité des bénéficiaires à la MSU/LB n'est-il pas expliqué par leur faible pouvoir d'achat?

L'objectif général de cette étude est de déterminer les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires en vue de proposer une stratégie opérationnelle permettant de les retenir. De cet objectif général, découlent les objectifs spécifiques suivants:

- 1- Vérifier si la mauvaise qualité des prestations de soins offertes n'explique pas le départ des bénéficiaires de la MSU/LB.
- 2- Vérifier si l'insatisfaction vis-à-vis des prestations offertes n'explique pas le départ des bénéficiaires de la MSU/LBL.
- 3- Vérifier si le manque de confiance des bénéficiaires n'explique pas leur manque de fidélité à la MSU/LB.
- 4- Vérifier si le faible pouvoir d'achat des bénéficiaires n'explique pas leur manque de fidélité à la MSU/LB.
- 5- Proposer une stratégie de fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB.

LES HYPOTHESES DE L'ETUDE

Pour la présente étude, quatre (04) hypothèses peuvent être formulées :

- H1: La mauvaise qualité des prestations de soins offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB.
- H2: L'insatisfaction vis-à-vis des prestations offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB.
- H3 : Le manque de confiance ne favorise pas la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB.
- H4: Le faible pouvoir d'achat fait obstacle à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB.

INTERET DE L'ETUDE

Théoriquement, l'intérêt de notre étude réside dans le fait que plusieurs auteurs pensent que la stratégie de fidélisation de la clientèle, dans un contexte de concurrence concerne seulement les entreprises à but lucratif, qui cherchent à accroître le portefeuille de leurs clients afin d'augmenter leur performance financière, si bien que la littérature traitant de la fidélisation dans les entreprises à but non lucratif, surtout dans des mutuelles de santé est presque inexistante. Cette étude permettra de montrer que la stratégie de fidélisation des clients concerne aussi bien les entreprises à but non lucratif que des entreprises classiques.

Dans la pratique, cette étude permettra à la MSU/LB d'une part de connaître les besoins réels et les attentes de ses bénéficiaires afin de les satisfaire et d'autre part de maintenir ces bénéficiaires satisfaits qui seront des acteurs de promotion de celle-ci pour l'amélioration de sa performance sociale et financière.

Cette étude est aussi une occasion pour nous de faire nos premiers pas dans la recherche et de mettre en évidence nos connaissances théoriques.

La présente étude sera structurée en trois chapitres. Le premier chapitre intitulé « revue de la littérature sur la fidélisation du consommateur » retracera les différents concepts et facteurs de fidélité du consommateur à une marque et en particulier à une mutuelle de santé. Le second chapitre intitulé « généralité sur les mutuelles sociales et présentation de la MSU/LB » décrira le contexte dans lequel évoluent les mutuelles sociales au Burkina Faso et présentera la MSU/LB dans le milieu urbain. Le troisième chapitre intitulé « méthodologie de recherche, analyse de résultats et essai de proposition de la stratégie de fidélisation » traitera de la démarche suivie pour la collecte et le traitement des informations, mais également des résultats et de la stratégie de fidélisation.

CHAPITRE1: REVUE DE LITTERATURE SUR LA FIDELISATION DU CONSOMMATEUR

Dans un contexte de plus en plus concurrentiel, où les consommateurs sont de plus en plus exigeants, l'information sur le produit, le service ou la marque s'avère importante, mais insuffisante pour convaincre et maintenir un client. Jahan Xavier (2003, p. 03) affirmait en ces termes : « informer n'est plus suffisant. Il faut désormais faire plus, il faut convaincre pour séduire et surtout pour fidéliser ».

Dans ce présent chapitre, il s'agira de passer en revue le concept de fidélisation du consommateur, les facteurs de cette fidélisation, le processus de fidélisation et le marketing relationnel.

I. LE CONCEPT DE FIDELISATION DU CONSOMMATEUR

Le concept de fidélisation est au cœur de la recherche marketing, qui a fait l'objet de nombreux travaux. La diversité de ces études nous permet de constater, qu'il existe dans la littérature de nombreuses définitions de la fidélisation du consommateur que les auteurs font varier en fonction des secteurs concernés, des objectifs stratégiques poursuivis ou des courants de pensée auxquels ils se rattachent (Lehu, 2003). En effet, une grande variété de définition a été proposée au fil des années, mais elle ne permet pas d'aboutir à une définition universelle. Néanmoins, nous essayerons de donner dans un premier temps quelques définitions qui semblent être populaires et adaptée à notre étude, puis dans un second temps les approches et formes de fidélisation qui en découlent.

I.1. Définition de fidélisation du consommateur

Selon Dick et Basu (1994), la fidélisation du consommateur se définit comme la force de la relation entre l'attitude de l'individu face, par exemple, à une marque et le patron comportemental de rachat de cette marque ou de ce produit. Pour ces auteurs la fidélisation se présente comme une fréquence relative élevée de rachat d'un même produit et à une attitude favorable à l'égard de ce produit. Oliver (1997) s'inscrit dans cette même perspective. Pour lui, la fidélisation du consommateur est perçue comme un engagement profond à racheter le même produit ou service dans le futur et ce, malgré les efforts marketing qui pourraient potentiellement faire diverger le consommateur vers un autre produit ou service. Cette définition nous fait

comprendre que le consommateur fidèle doit non seulement multiplier ses achats mais rester attaché à son fournisseur quelque soit les politiques marketings développées par les concurrents. Trinquecoste (1996), fait ressortir d'une part, l'aspect comportemental de la fidélité et d'autre part l'aspect attitudinal de celle-ci. Pour lui, la fidélisation s'exprime par les comportements de consommation et s'explique par les attitudes favorables des consommateurs à l'égard des produits ou de la marque. Lehu (2003), quant à lui, donne une définition plus globale de la fidélisation. Selon cet auteur, la fidélisation n'est que la caractéristique d'une stratégie marketing, conçue et mise en place dans le but de rendre le consommateur fidèle au produit, au service, à la marque ; et/ou au point de vente. La fidélisation est appréciée comme un moyen essentiel permettant un meilleur contrôle de l'activité de l'entreprise et à long terme favorise une plus grande rentabilité de cette activité.

De toutes ces définitions, celle de Trinquecoste semble être la plus adaptée pour les bénéficiaires d'une mutuelle de santé dans la mesure où il ne suffit pas d'acheter le produit « micro assurance santé » mais de développer au préalable une attitude positive pour ce produit afin de l'accepter pour le long terme.

I.2. Les approches de la fidélisation

Les différentes définitions de la notion de fidélité font intervenir deux approches essentielles: l'approche behavioriste et l'approche cognitiviste.

Dans l'approche behavioriste, la fidélité est identifiée comme un processus d'achat répété en faveur du même produit, du même service ou de la même marque. Les premières définitions de la fidélité à la marque tirent leurs fondements dans cette approche. Selon cette approche, le consommateur fidèle est celui qui de façon répétée voire systématique (c'est-à-dire exclusive), fait le choix d'un même produit ou d'une même marque de préférence à celui d'une ou plusieurs des offres considérées comme substituables et provenant d'entreprises concurrentes (Trinquecoste, 1996). Certains chercheurs identifient la fidélité à la marque comme une proportion d'achat, d'autres par contre, l'identifient par une séquence d'achat. Ces deux manières d'identifier la fidélité dans cette approche aboutissent cependant, à un comportement d'achat répétitif sans pour autant en indiquer les raisons ou le caractère intentionnel (Temessek Azza et Touzani Mourad, 2004).

Pour qualifier de fidèle un acheteur répétitif d'une marque, il convient de s'assurer qu'il a développé à son égard une attitude favorable afin de pouvoir distinguer la fidélité des autres formes d'achat à l'identique. De ce fait, nous aborderons l'approche cognitive pour mieux comprendre cette notion d'attitude.

L'approche cognitive contrairement à celle behavioriste se réfère à une fidélité attitudinale.

Dans les travaux de Oliver (1997), l'attitude est considérée comme l'un des facteurs explicatifs de la fidélité du consommateur. En effet, le consommateur ne sera fidèle à une marque, lorsqu'il a développé au préalable une attitude positive à l'égard de cette marque. La formation de cette attitude précède donc le déclenchement du comportement de fidélité. Cette approche s'inscrit dans les situations à forte implication de la part du consommateur pour lesquelles le besoin en cognition est élevé. C'est au sein de cette approche cognitive, que la notion de fidélité a été appréhendée à partir de celle d'engagement à la marque, dans le but de traduire le caractère intentionnel du comportement.

Cette notion d'engagement du consommateur repose selon AMINE Abdelmagid (1999), sur deux principales raisons : une raison *affective* où le consommateur souhaite conserver sa relation avec la marque et une raison *calculée* où le consommateur maintient la relation sur la base du calcul coûts-avantages. Selon lui, la fidélité à la marque est censée être plus forte et plus durable lorsqu'elle est due à un engagement affectif beaucoup plus stable et moins sujet aux aléas des facteurs contingents que lorsqu'elle découle d'un engagement cognitif du consommateur.

I.3. Les formes de fidélisation

La littérature sur la fidélisation permet de distinguer deux différentes formes de fidélisation qui méritent d'être clarifiées. Il s'agit de la fidélisation induite et la fidélisation recherchée.

La **fidélisation induite** découle d'une volonté stratégique de verrouiller le marché (par exemple un monopole) ou d'une conséquence de l'environnement et/ou des caractéristiques du produit. Elle se caractérise par une absence de liberté du client/consommateur. Tandis que la **fidélisation recherchée** comme son nom l'indique est la plus recherchée par les entreprises. Elle vise à séduire le consommateur en toute liberté, jusqu'à sa parfaite fidélisation. Cette fidélisation doit faire l'objet d'une démarche marketing ad hoc approfondie en suivant les éléments clés d'un plan marketing (Lehu cité par Jahan 2003). Il s'agit d'une réflexion stratégique en amont sur l'entreprise (positionnement et secteurs d'activités, forces et faiblesses, distance par rapport au

consommateur, opportunités et menaces, axes de communication, implication du personnel...) et la prise en compte des différents facteurs influençant la fidélisation (nature du produit notamment le rythme de renouvellement ou cycle de consommation, l'image institutionnelle de l'entreprise). C'est la fidélisation recherchée, qui donne lieu au marketing de fidélisation, tourné vers une meilleure compréhension des comportements et des attentes des clients.

Il est vrai que cette forme de fidélisation soit souhaitée par la plupart des entreprises mais, il est nécessaire de porter un regard particulier sur la première pour ne pas être surpris de la pratiquer, car elle joue négativement sur l'image de l'entreprise en cas de rupture brusque de relation entre le client et l'entreprise. Ces deux formes de fidélisations reposent bien sur la conservation de la clientèle acquise et non sur le recrutement de nouveau client (la prospection). La fidélisation est un processus qui se développe après la prospection et qui nécessite au préalable la réalisation de certains facteurs.

II. LES FACTEURS DE LA FIDELISATION DES CONSOMMATEURS

Les facteurs permettant d'expliquer la fidélisation des consommateurs sont nombreux et variés en fonction des auteurs et de l'activité de l'entreprise. Ce qui fait apparaître des divergences d'opinions dans le milieu des chercheurs.

II.1. Les antécédents de la fidélisation : une divergence d'opinions

Si la fidélisation des consommateurs/clients fait l'objet d'un consensus sur son importance aussi bien dans la communauté des chercheurs que dans celle des managers, les opinions divergent quand il s'agit de repérer les antécédents pouvant expliquer cette fidélisation.

La littérature en marketing a mis en avant la satisfaction, la confiance et la qualité du service comme les facteurs majeurs de la fidélité de la clientèle (Oliver, 1999). Cette vision n'est pas tout à fait acceptée de tous les chercheurs. En effet, les chercheurs (Moulins, Phan et Philippe, 2010) ont proposé un modèle conceptuel dans lequel, ils font ressortir les antécédents de la fidélisation des clients notamment dans le secteur bancaire. Pour ces chercheurs la confiance, la valeur perçue, l'attachement et l'engagement sont considérés comme déterminants de la fidélité. Ils n'accordent pas cependant, trop d'importance à la satisfaction car pour eux un client satisfait n'est pas obligatoirement un client fidèle. Or pour Oliver, la satisfaction semble être l'élément fondamental d'un processus de fidélité. La satisfaction a généralement été présentée par cet

auteur, comme étant un état émotionnel découlant de la non-confirmation positive ou négative des attentes initiales durant l'expérience de possession ou de consommation. Lehu (2003), quant à lui propose douze principaux facteurs que le consommateur/client va combiner pour effectuer son jugement et que toutes les entreprises devront considérer pour construire leur stratégie de fidélisation :

- Qualité perçue du produit ou du service : elle est toujours à la base de l'évaluation du consommateur et permet à celui-ci de faire un choix. Elle est l'élément qui retient plus le consommateur et pourrait d'être identifiée par exemple à travers l'emballage pour un produit ou la manière d'accueillir dans le cas d'un service et l'effet positif sur ce dernier. La qualité de service a été démontrée comme ayant une influence sur la rétention des clients (Rowley, 2003) ;
- Prix relatif du produit : le prix n'est plus une variable absolue qui pourrait influencer le choix du consommateur à acheter. Il est apprécié en terme de perte ou de gain de pouvoir d'achat, de facilité de paiement ou simplement à l'aide d'une analyse comparative avec le prix proposés par la concurrence. Mattila (2001) démontre dans ses travaux que lorsqu'un vrai lien relationnel a pu être tissé entre la marque et le client, celui-ci devient moins sensible au prix. Ainsi, le prix n'apparaît pas comme le seul élément pouvant influencer le client car il peut exister des avantages non financiers qui pourraient avoir plus d'impact sur ce dernier ;
- Nature de services attachés : en général, les consommateurs sont plus attirés par la valeur des services liés au bien ou au service qu'ils achètent. Par exemple ils peuvent être attirés par la durée de livraison, conseil individualisé, la connaissance de l'activité du client ;
- Notoriété du produit et de la marque : elle suppose une connaissance du produit mais, également celle de la marque. Cette notoriété doit être appréciée dans son sens marketing ; ce qui signifie qu'elle ne représente qu'un niveau de connaissance du produit, du service, de l'entreprise ;
- Image du secteur : l'image du secteur contribue à inciter le consommateur à prendre des décisions. En effet, lorsqu'un secteur d'activité est bien vu ou perçu par l'ensemble des

consommateurs, il y a facilité d'acceptation de ce secteur. c'est pourquoi des études d'image de secteur doivent être réalisées pour permettre de percevoir le jugement de valeur des consommateurs/clients à l'égard de la catégorie de produits et /ou à l'égard des professionnels du secteur concerné ;

- Image spécifique du produit et de la marque : cette image spécifique du produit ou de la marque oriente sur l'originalité même du produit ou de la marque qui va au-delà de la notoriété ;
- Connaissances et expériences : dans le but d'éviter les dangers liés au produit, le consommateur va désormais associer à ses sources traditionnelles, des sources personnelles et/ou issues du bouche à oreille de même que ses expériences passées, au sujet du produit et/ou de la marque pour opérer ses choix ;
- Mention, certification et autres cautions du produit : les prix et autres distinctions, les tests et les classements favorables de la part d'une organisation sérieuse ou d'un support de presse reconnu sont autant de facteurs supplémentaires permettant de rassurer le consommateur dans son choix ;
- Pertinence de l'achat et risque perçu : de manière générale, le consommateur est confronté à une incertitude sur la pertinence et le bien fondé de son choix lors de sa prise de décision. Ainsi il évaluera le degré du risque perçu ; si le degré de ce risque est élevé, moins le consommateur est prêt à s'engager. Ce risque perçu peut être d'ordre physique, psychologique, financier et de perte de temps (Bauer, 1960) ;
- Qualité du point de vente : des facteurs comme les locaux, l'environnement, l'accessibilité, l'accueil, la disponibilité du personnel etc. influencent les décisions du consommateur à un point de vente ;
- Moment du besoin : le moment et les conditions d'apparition du besoin font parties des facteurs aisément appréhendables par l'entreprise. De nombreuses entreprises de distribution élargissent leurs horaires d'ouverture dans le simple but d'offrir aux consommateurs la possibilité de consommer ;

- Temps consacré à l'achat : le temps consacré à l'achat est l'un des facteurs les plus importants aux yeux des consommateurs en vertu de la diversité de l'offre concurrentielle et celle des modes de commercialisation. De ce fait, les consommateurs détecteront leurs fournisseurs en tenant compte du critère temps.

La liste des douze facteurs cités par Lehu n'est pas exhaustive et peut être adaptée en fonction des entreprises. Le tableau suivant présente un résumé des douze facteurs et les attentes des clients.

Tableau 1: Les douze facteurs de fidélisation des clients à une marque

Facteurs de fidélisation	Les attentes du client
Qualité perçue	Indice révélateur de bonne qualité du produit ou service
Prix relatif	Gain de pouvoir d'achat en analyse comparé
Nature des services attachés	Rapidité d'obtention, conseil individualisé
Notoriété de la marque	Bonne connaissance de l'entreprise
Image du secteur d'activité	Bon jugement à l'égard des professionnels
Image spécifique de la marque	Action susceptible de valoriser l'image
Connaissance et l'expérience	Bonne expérience passée
Mention, certification et autres cautions	Cautions d'un organisme reconnu, prix, distinction
Pertinence de l'achat et risque perçu	Risque moindre
Qualité du point de vente	Bonne qualité
Moment du besoin	Possibilité de consommer
Temps consacré à l'achat	Gain en temps

Source : Lehu (2003) adaptée par Tirouda (2013)

II.2. Les facteurs de fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé

La littérature sur les facteurs de fidélisation des bénéficiaires nous permet de retenir la confiance, la satisfaction, la qualité du service et le pouvoir d'achat du bénéficiaire comme étant des facteurs de fidélisation majeurs dans une mutuelle de santé (Turcotte-Tremblay, Haddad et al. 2010). Selon ces auteurs, le manque de confiance, le faible pouvoir d'achat, l'insatisfaction vis-à-vis des produits, la qualité inadéquate des soins de santé et l'insuffisance de solidarité des

communautés influencent négativement la fidélisation des bénéficiaires dans les mutuelles de santé. Ces différents facteurs constituent des préalables dans le processus de fidélisation.

- La confiance

La confiance est le point de départ d'une stratégie de fidélisation. Le consommateur d'aujourd'hui n'a plus confiance en rien. C'est pourquoi les entreprises doivent être à mesure de rassurer le consommateur pour stimuler sa fidélité. En effet la fidélité ne se monnaie pas, elle se gagne en gagnant la confiance de son consommateur, en lui démontrant que l'on connaît ses besoins et ses envies au bon moment et que l'on est capable d'y répondre avec des produits et des services à la hauteur de ses attentes (Cohen, 2003). La confiance apparaît comme une nécessité pour toute entreprise qui vise une relation durable avec ses clients. Ainsi, dans le domaine des mutuelles de santé, le développement d'un contexte de confiance est un préalable nécessaire à toute relation de fidélité et ce en raison de certains risques potentiels liés à la prise en charge des bénéficiaires au moment opportun, la crédibilité des assureurs, au délai de remboursement des factures etc.

La confiance est souvent considérée comme une variable médiatrice centrale expliquant les comportements de prise de décision. En 1969, elle a fait l'objet d'études par Howard et Sheth, pour expliquer le comportement des consommateurs. Ces études n'intégraient pas les orientations relationnelles dans ce comportement. Toutefois, les recherches actuelles s'intéressant au comportement montrent l'importance du concept de confiance en tant que moyen facilitant les échanges et permettant la création de relations durables entre partenaires. Selon la perspective relationnelle, la confiance accordée par le consommateur à une marque est présentée comme une variable médiatrice dans un modèle comprenant l'ensemble des composantes de la relation à la marque (Sireix et Dubois, 1999). Dans cette logique, la confiance se définit comme « un ensemble d'activité qui, permet d'établir, de développer et de maintenir les échanges relationnels importants » (Morgan et Hunt ; 1994). Elle peut être aussi définie selon Gurviez (1999)¹ comme « une présomption par le consommateur que la marque, en tant qu'entité personnifiée s'engage à avoir une action prévisible et conforme à ses attentes et à maintenir avec bienveillance cette

¹ Citer MEZOUAR Mohammed Amine, 2012, p.106

orientation dans la durée ». Ces chercheurs s'accordent sur le rôle fondamental de la confiance dans la création et le développement de relation durable entre le consommateur et la marque.

Les chercheurs en mutualité accordent aussi une grande importance à la confiance, pour signifier la relation entre les mutuelles et leurs bénéficiaires. Ils montrent les raisons pouvant conduire à un manque de confiance et freiner la fidélisation. Selon Waelkens et Criel (2004), les raisons du manque de confiance dans la mutuelle peuvent tenir à des expériences antérieures négatives ou des échecs antécédents en la matière ou dans des initiatives similaires (coopératives, caisses d'épargnes et de crédit); ou une suspicion de malhonnêteté à l'égard des responsables mutualistes. Aussi, le scepticisme des populations à l'égard des compétences du personnel sanitaire renforce leur manque de confiance envers ces derniers. Ces défaillances de la confiance constituent un frein pour l'adhésion de futurs bénéficiaires, mais également un obstacle à la fidélisation des bénéficiaires présents. Lorsque les bénéficiaires sont mal reçus dans les formations sanitaires ou lorsqu'ils ne sont pas fortement impliqués dans le fonctionnement de la mutuelle ou encore lorsqu'ils sont déçus de la qualité du produit proposé, ils perdent donc confiance en tout.

Dans la mutuelle de santé, il y a deux dimensions de la confiance qu'il faut respecter pour maintenir une relations durable: d'une part, 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 (Zongo Alassane, 2010).

- La qualité du service

La qualité perçue d'un service pour les auteurs en marketing peut être présenté comme « un jugement global concernant la supériorité du service » (Zeithaml, 1988), ou encore comme la différence entre les attentes du consommateur concernant la performance du service et ses perceptions du service reçu (Asubonteng et Alii, 1996)². Pour une mutuelle de santé, la qualité perçue du service peut être assimilée à la qualité des soins que reçoivent les bénéficiaires. Cette qualité des soins constitue un enjeu pour l'adhésion mais également de fidélisation des

² http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2008_cp/Materiali/Paper/Fr/Boyer_Nefzi.pdf

bénéficiaires. En effet, la qualité des soins fournis aux bénéficiaires par les prestataires de soins est décisive à la création de relation durable entre la mutuelle et ses bénéficiaires. Plusieurs études permettent de montrer que la mauvaise qualité des soins nuit à l'adhésion et à la fidélisation. Les auteurs comme Criel et Waelkens (2004) observent que la mauvaise qualité des soins serait l'obstacle le plus important à l'adhésion et à la fidélisation. Les études de Defourny et Failon (2008), montre également qu'une mauvaise qualité des soins dispensés (en ce qui concerne l'accueil des patients, la prescription et la disponibilité des médicaments ainsi que l'efficacité et la rapidité du traitement) influence négativement l'affiliation et la fidélisation.

- La satisfaction

La satisfaction est fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétabli. Ce processus couramment appelé processus de confirmation infirmation postule qu'il y a satisfaction si la prestation de service est supérieure ou égale aux attentes du client, et qu'il y a insatisfaction dans le cas contraire (Trinquecoste, 1996). Ce qui signifie que chaque niveau de la prestation de service contribue à une satisfaction ou à une insatisfaction. Pour Oliver (1997), la satisfaction est une réponse associée au degré de contentement du consommateur. Elle correspond au jugement qu'une caractéristique d'un produit ou d'un service ou le produit ou le service lui-même, a apporté un degré agréable de contentement, ce qui inclut que le degré de contentement soit trop peu élevé ou trop élevé. Cette définition fait comprendre que plus le degré du plaisir tiré du produit ou du service est important, plus la satisfaction est grande.

Les recherches sur la satisfaction montrent qu'il existe une divergence en ce qui concerne la relation entre celle-ci et la fidélisation, même si les définitions qu'en donnent les différents auteurs semblent converger. En effet, certains auteurs sont arrivés à montrer la relation positive entre satisfaction et fidélisation. Selon Lheu (2003), il existe bien un lien positif entre satisfaction et fidélisation dans la mesure où un client satisfait sera à priori enclin à une certaine fidélité. En revanche, pour des auteurs comme (Moulin, Phan et Philippe, 2010), un client satisfait n'est pas obligatoirement fidèle. Et pour d'autres encore (Jones et Sasser, 1995), un sentiment de satisfaction n'engendre pas forcément la fidélité, car un client fidèle peut, malgré tout, vouloir profiter d'une promotion auprès d'un autre fournisseur, tester un autre produit ou se reporter sur une offre. Ils montrent également qu'un sentiment d'insatisfaction peut provoquer l'infidélité si

l'insatisfaction n'est pas prise en compte par l'entreprise. Ainsi, ils distinguent quatre types de clients en fonction de leur degré de satisfaction.

Les clients fidèles : ceux qui sont entièrement satisfaits et continuent d'utiliser et d'acheter les produits de l'entreprise ;

Les instables : ceux qui ne sont pas satisfaits ou restent neutre quant à la performance du produit ou du service de l'entreprise. Ils sont les plus nombreux, donc les négliger c'est faire une grosse erreur ;

Les mercenaires : ils sont des clients satisfaits mais volatiles qui cherchent le bas prix ou qui suivent la mode ;

Les otages : ils sont des clients qui ont vécu une mauvaise expérience mais qui n'ont pas d'autres choix que de rester.

Dans le domaine des mutuelles de santé, même si certains auteurs en marketing estiment que la satisfaction n'implique pas forcément la fidélité, elle joue un rôle important dans la fidélisation des membres. En effet, sans cette satisfaction, il serait difficile de parler de fidélité car un membre insatisfait peut entraîner en moyenne dix autres membres à se désinscrire. Ce qui entraînerait au fur et à mesure une diminution des membres. Des auteurs comme (Franco et al, 2006 ; Wiesman et Jütting, 2001)³ estiment que le faible niveau d'adhésion et de fidélisation est en partie dû à l'insatisfaction de la population quant aux produit d'assurance offerts par les mutuelles de santé. Cette insatisfaction peut concerner, selon Turcotte-Tremblay, Haddad et al. (2010), le montant de la cotisation, les modalités de paiement, le réseau des formations sanitaires et la structure de gestion de la mutuelle. Ce qui peut arrêter toute participation du bénéficiaire au paiement des cotisations.

- Le pouvoir d'achat des bénéficiaires

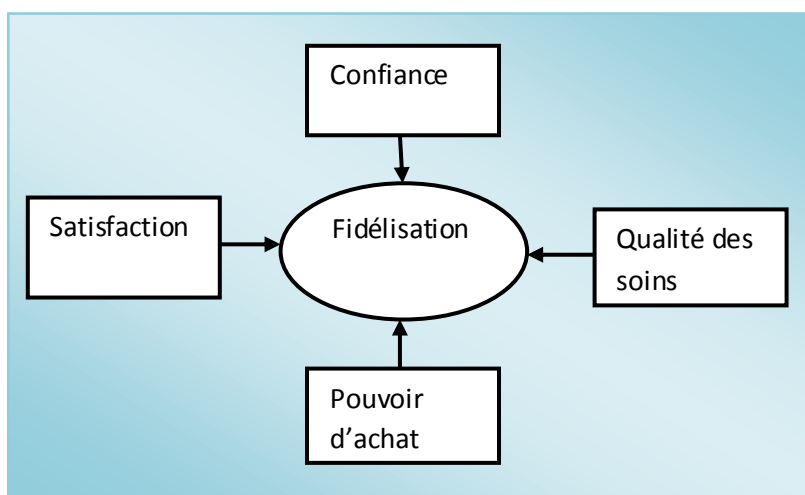
Le pouvoir d'achat correspond à la quantité de bien ou de service qu'un revenu permet d'acheter. Son niveau dépend de l'évolution du revenu des ménages ou du prix des biens ou des services. Si le revenu est supérieur au prix alors, le pouvoir d'achat des ménages augmente. Dans le cas contraire, ce pouvoir d'achat diminue lorsque, le revenu est inférieur au prix. Ce pouvoir d'achat

³ Citer par Turcotte-Tremblay, Haddad et al. (2010)

a été démontré par des auteurs comme un élément influençant la fidélisation des bénéficiaires dans les mutuelles de santé. Selon Turcotte-Tremblay, Haddad et al. (2010), le faible pouvoir d'achat des ménages constituerait également un obstacle à la fidélisation. De nombreuses études montrent les difficultés à payer les cotisations en raison de ce faible pouvoir d'achat. Une étude menée au Ghana révèle que le prix élevé des cotisations était la raison principale de leur non-renouvellement à la mutuelle de santé (Sulzbach et al. 2005). Le faible revenu associé aux modalités de paiement inadéquates freine également la fidélisation des membres. Comme dans la plupart des mutuelles de santé, les membres sont en majorité des travailleurs de secteur informel ou agricole et dont les revenus varient au cours de l'année. A cet effet, exiger une cotisation annuelle, c'est rendre difficile le recouvrement. Une étude menée au Burkina Faso par De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006)⁴, montre que le paiement unique est encore plus problématique dans les zones rurales, où le crédit est peu accessible.

Les différents facteurs suscités sont résumés sur ce schéma.

Figure 1: Facteurs influençant la fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé



Source : l'auteur

Ces facteurs influençant la fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé ont été soutenus par certains modèles et théories. Parmi lesquels nous pouvons citer le modèle de fidélisation du consommateur de Oliver (1980,1997), la théorie microéconomique du consommateur et la théorie de la confiance.

⁴ Citer par Morestin et Ridde dans « comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé en Afrique? Un aperçu des stratégies possibles, 2009.

Pour cette étude, nous optons pour le modèle de fidélisation du consommateur de Oliver. Ce choix se justifie par le fait qu'il permet d'expliquer le mieux tous les facteurs de fidélisation retenus dans l'étude.

II.3. Le modèle de fidélisation du consommateur de Oliver

Ce modèle s'est fortement inspiré de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975). Selon cette théorie les individus sont généralement rationnels et amenés à faire des choix, donc ils utilisent l'information qui les entoure pour prendre des décisions. Ces individus mesurent les conséquences de l'adoption éventuelle d'un comportement avant de décider s'ils passent à l'action ou non. Dans cette logique de rationalité, les individus cherchent à maximiser leur utilité sous contrainte de leur budget, toute chose égale par ailleurs. En effet, ces individus disposent d'un revenu limité pour l'achat de biens et de services. Pour ce faire, ils hiérarchisent leurs préférences qui seront confrontées au budget disponible.

Le comportement du consommateur est influencé par l'intention qui est prédite par l'attitude envers le comportement (l'évaluation des conséquences envers le comportement) et par la perception des normes sociales c'est-à-dire la perception des individus, des pressions sociales (Fishbein et Ajzen, 1975).

Le modèle de fidélisation du consommateur de Oliver est représenté comme une suite de cycle d'achats de biens ou de services. Dans ce cycle, la satisfaction par l'entremise de l'attitude et de l'intention influence le comportement de fidélité. La qualité du service influence la confiance qui, à son tour influence ce comportement de fidélité. Le pouvoir d'achat et la perception de contrôle sur le comportement sont associés directement au comportement de fidélité tout comme l'intention comportementale.

A travers ce modèle, Renaud (2005) montre une relation positive entre le degré de satisfaction du consommateur et la fidélité de celui-ci à l'entreprise, qui n'est pas directe. Ainsi, pour aboutir à un comportement de fidélité à l'entreprise, il faut que les clients aient l'intention d'être fidele à celle-ci tout en ayant au minimum une attitude favorable envers ce comportement. Selon cet auteur, l'intention est difficilement influencée par les entreprises. Donc elles doivent jouer à la fois sur la satisfaction et l'attitude envers le comportement de fidélité, principal prédicateur de l'intention et médiateur de l'influence de la satisfaction .

Selon ce modèle, le bénéficiaire d'une mutuelle de santé pourrait développer son intention d'être fidèle que lorsqu'il aurait atteint un niveau de satisfaction et de confiance élevé, et d'attitude favorable. Egalement, lorsque son revenu lui permettra. L'attitude représente les attentes de départ de l'individu par rapport aux services offerts par la mutuelle.

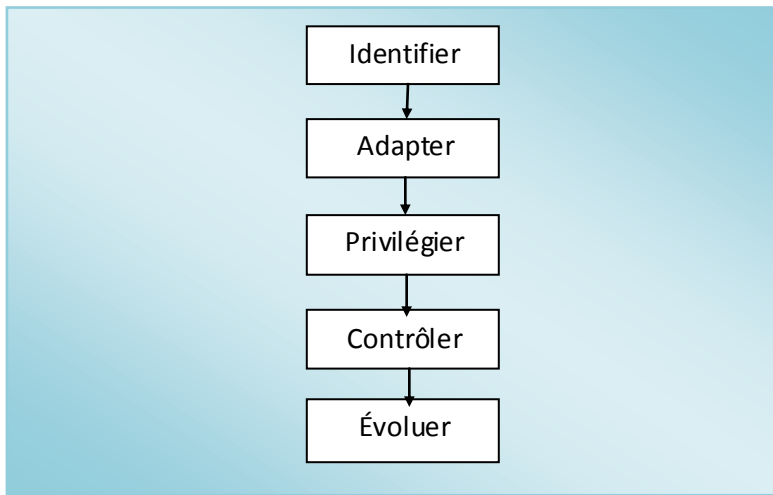
III. PROCESSUS DE FIDELISATION ET MARKETING RELATIONNEL

Le processus de fidélisation est une démarche permettant d'aboutir à une stratégie de fidélisation. Dans cette démarche, le marketing relationnel peut être utilisé comme un moyen facilitant l'atteinte des clients.

III.1. Processus de fidélisation

Concevoir et développer une stratégie de fidélisation, c'est avant toute chose, adopter et privilégier une démarche marketing. C'est aussi appréhender parfaitement l'environnement dans lequel se situe l'entreprise et exploiter ses capacités au maximum, pour répondre aux attentes de ses consommateurs (Lehu, 2001). La stratégie de fidélisation n'est donc pas une baguette magique, mais simplement un puissant levier potentiel qui nécessite un assemblage, selon un schéma opérationnel propre à chaque entreprise. S'il est parfaitement adapté à la spécificité de l'entreprise, ce levier peut lui permettre de revaloriser en permanence sa proposition et donc son avantage concurrentiel, de telle manière, qu'elle suscitera une fidélité réciproque naturelle, appréciée voir recherchée par la majorité de ses clients et/ou de ses consommateurs (Lehu, 2003). Ainsi, dans le cadre d'une stratégie de fidélisation, il convient de n'omettre aucuns outils et d'évaluer lesquels, il serait plus pertinent d'employer par rapport aux spécificités de l'entreprise et de la clientèle. Il est nécessaire de trouver le bon équilibre entre les différents leviers de fidélisation, de créer des synergies afin de trouver le programme le plus adapté. Dès lors, Lehu, dans son ouvrage « stratégie de fidélisation » présente cinq étapes de la mise en œuvre d'un programme de fidélisation schématisé comme suit.

Figure 2: Les cinq étapes de la stratégie de fidélisation



Source: Lehu (2003)

Cette figure présente le processus de fidélisation en cinq étapes.

1) l'identification qui consiste à faire une triple procédure d'audit pour l'entreprise :

- Un audit de son portefeuille clients (attentes, besoins, appréciations de l'ensemble des consommateurs/clients de l'entreprise...)
- Un audit de la concurrence (nature et composition de l'offre concurrente, axes et modalités de communication...)
- Un audit des techniques de fidélisation (techniques disponibles, accessibles, déclinables par rapport au secteur).

Cette première étape permet à une mutuelle de tester les attentes ou besoins de bénéficiaires mais également de faire l'audit des partenaires de soins, acteurs essentiels pour une fidélisation réussie. Il s'agit d'identifier aussi chacune des catégories des bénéficiaires (les fidèles, les instables, les mercenaires ou occasionnels et les otages).

2) l'adaptation du service aux clients qui consiste à innover pour répondre à leurs attentes. C'est être à l'écoute de sa clientèle pour mieux connaître les besoins et les éventuels changements qui agissent sur son environnement concurrentiel.

3) le privilège accordé à l'action même de la fidélisation qui permet de mettre le client au cœur des préoccupations de l'entreprise pour amplifier son intérêt.

4) le contrôle consiste à vérifier et à contrôler la qualité des services ou des produits de même que l'efficacité des techniques de fidélisation utilisées par l'entreprise.

5) l'évolution de la stratégie de fidélisation consiste à évaluer la stratégie et à la faire évoluer afin qu'elle demeure le véritable soutien de l'avantage concurrentiel de la marque qu'elle est censée être en ce sens que, le consommateur a besoin de nouveauté et de diversité.

La stratégie de fidélisation serait efficace si l'on privilégie en amont l'écoute et le dialogue avec le consommateur. En effet, l'écoute permet de cerner les besoins des consommateurs et le dialogue, d'approfondir les raisons fondamentales cachés qui occasionnent la consommation des produits ou leur rejet. Cette stratégie de fidélisation est aujourd'hui devenue de plus en plus possible grâce au marketing relationnel.

III.2. Le marketing relationnel

Le marketing relationnel est un moyen de fidélisation qui permet de se tourner vers les clients existants pour les convaincre à consolider leur relation. Une entreprise faisant du marketing relationnel crée de la valeur pour ses clients (Clarke, 1994). Une telle entreprise développe dans le temps les liens plus nombreux et plus forts avec ses clients. Ces liens peuvent être des liens sociaux qui vont au-delà de la vision de l'entreprise.

Dans la littérature, Il existe une multitude de définition du marketing relationnel. L'une des définitions stipule que le marketing relationnel consiste à attirer, maintenir et améliorer les relations à long terme avec les clients (Berry, 1983 ; Grönroos, 1995)⁵. Il est considéré aussi comme l'utilisation d'un ensemble d'outils de communication, principalement hors medias, destinés à établir et développer une relation individualisée, interactive et durable avec le client pour augmenter son chiffre d'affaire et son profitabilité (Hetzl et Morin-Delerm, 2002). Bien que ces définitions présentent quelques différences, la plupart de ces dernières convergent vers les notions suivantes: la création de la relation de long terme, son développement et son maintien, la notion de relation interactive et individualisée etc.

Dans un marketing relationnel de fidélisation, la dimension réactive est très importante. De ce fait, l'entreprise doit inciter le client à réagir clairement et fermement s'il a des revendications concernant le produit car, il n'y a pas, plus infidèle qu'un client qui n'est pas satisfait et qui ne revendique jamais. Le client satisfait peut faire de la publicité gratuite par le bouche à oreille pour l'entreprise.

⁵ Citer par PASQUET Laure, 1998, p.15

Le marketing relationnel vise à obtenir un changement ou un renforcement durable des attitudes des clients plutôt qu'à déclencher un achat immédiat de leur part.

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, il a été question de comprendre le concept de fidélisation du consommateur à travers ses différentes formes et approches. Egalement, il a été question de faire un tour d'horizon sur les facteurs influençant la fidélisation du consommateur y compris le processus permettant la mise en place d'une stratégie efficace.

Le chapitre suivant donne un aperçu général sur les mutuelles sociales avant de passer à la présentation de la MSU/LB.

CHAPITRE 2 : GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES ET PRESENTATION DE LA MSU/LB

Dans ce chapitre, il sera question de retracer le contexte général des mutuelles sociales au Burkina Faso avant de procéder à la présentation de la MSU/LB.

I. GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES AU BURKINA FASO

Dans cette section, nous nous attarderont sur les différents concepts de mutuelles sociales pour mieux comprendre ses principes de fonctionnement et ses formes. Ensuite, nous nous intéresserons à l'environnement juridique et politique de ces mutuelles sociales au Burkina Faso.

I.1. Définition, principes et typologie des mutuelles sociales

La mutuelle sociale est définie selon l'UEMOA comme étant un « groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ». De cet fait, elle permet à ses membres de couvrir les risques sociaux, notamment, la maladie (soins de santé), l'incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident, l'invalidité, la vieillesse, les décès. Lorsqu'il s'agit de la couverture du risque « maladie », l'action de prévoyance et de solidarité a plus spécifiquement pour objectif d'assurer à chacun des membres l'accès à des soins de santé de qualité. La mutuelle sociale dont il est question pour notre étude, est la mutuelle sociale du point de vue de la santé. Selon ZETT J. Baptiste et BATIONO Fernand (2011), Cette mutuelle sociale est avant tout :

- Un ensemble d'individus identifiable par leurs besoins d'accès aux soins de santé et des biens médicaux à moindre coût ;
- C'est aussi une entreprise qui rend accessible les prestations de services de santé à ses membres sur la base uniquement des cotisations que ceux-ci payent de façon périodique et qui ne leur est pas retournée lorsqu'ils quittent l'unité ou lorsqu'ils ne tombent pas malades ;

- C'est aussi un groupe ou une association de solidarité, car ce qui caractérise les individus qui se regroupent, c'est leur incapacité à mobiliser individuellement les ressources pour faire face aux soins de santé et la mutualisation du risque maladie par la formation du groupe ;
- c'est une entreprise ou organisation qui s'inscrit dans un environnement socio-économique et qui entretient avec celui-ci des relations plus ou moins favorables à son développement.

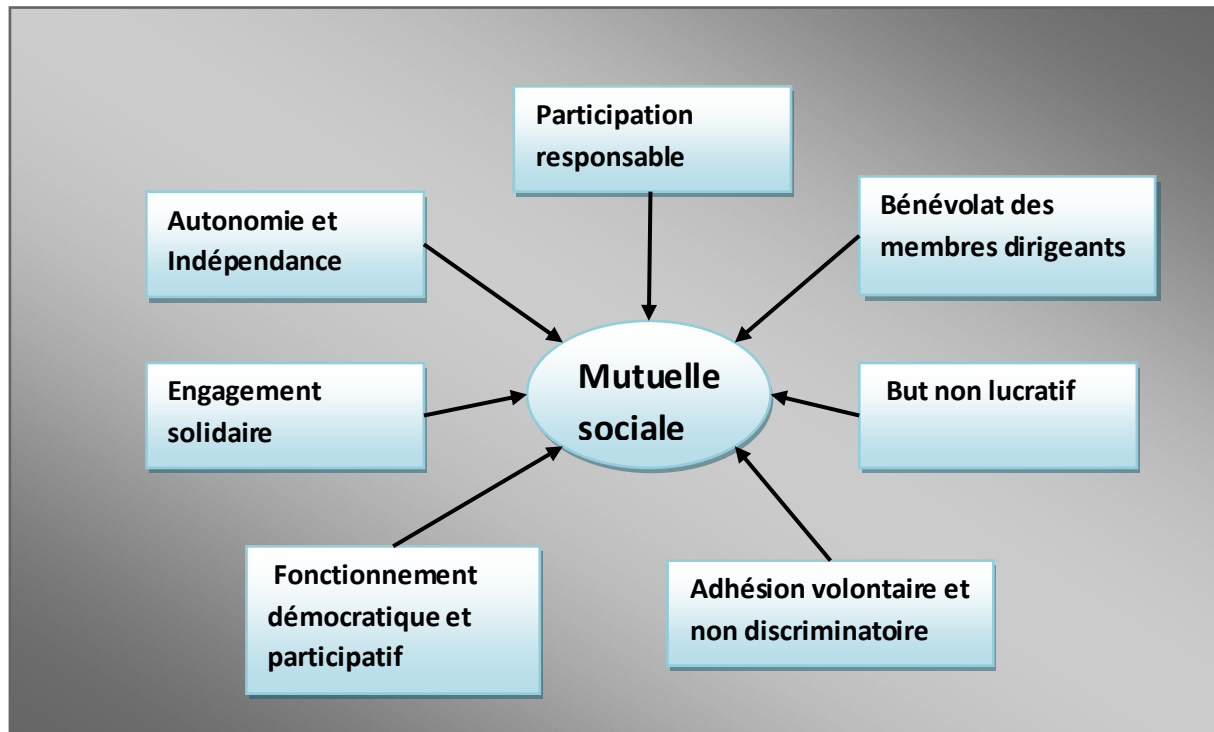
La mutuelle sociale constitue une composante essentielle de l'économie sociale tout comme le mouvement coopératif et le mouvement associatif. Elle fonctionne suivant un certain nombre de principes fondamentaux de cette économie. On l'identifie selon l'article 12 du règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutuelle sociale au sein de l'UEMOA par des principes suivant :

- **L'adhésion volontaire et non discriminatoire** consiste en acte volontaire de participation à la mutuelle sociale non fondé sur le sexe, la race, la nationalité, l'appartenance politique et religieuse.
- **Le but non lucratif** suppose que les activités sont conduites dans un but autre que de faire du profit ;
- **Le fonctionnement démocratique et participatif** s'entend à la participation des adhérents, soit directement soit par l'intermédiaires de leurs représentants au fonctionnement de l'institution ;
- **L'engagement solidaire** repose sur l'entraide mutuelle entre les membres dans un souci de partage de risques ;
- **L'autonomie et l'indépendance** impliquent la libre administration du patrimoine de l'institution dans le respect des règles prudentielles ;
- **Le bénévolat** consiste en la gratuité des fonctions exercées par les membres de l'organe dirigeant ;

- **La participation responsable** oblige l'adhérent à observer une certaine loyauté en vers l'institution et en vers les autres membres.

Ces différents principes fondamentaux de la mutuelle sociale peuvent être schématisés comme suit :

Figure 3: Les principes fondamentaux de la mutuelle sociale



Source : l'auteur

Au Burkina Faso, il existe plusieurs catégories de typologie de mutuelles sociales. ZETT J. Baptiste et BATIONO Fernand (2011), en distinguent trois : la typologie suivant le degré de fonctionnalité des mutuelles sociales, la typologie suivant l'origine de l'initiative de création de la mutuelle sociale et la typologie usuelle des mutuelles sociales qui fera l'objet d'une analyse détaillée.

La typologie usuelle des mutuelles sociales semble la plus utilisée pour distinguer les mutuelles sociales dans le domaine de la santé. Elle comprend :

- **Les mutuelles de santé (classiques)** qui sont une association de personnes physiques à but non lucratif qui se sont volontairement regroupés pour mener en leur faveur et en faveur de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans les

domaines des risques sociaux. Grace aux droits d'adhésion et des cotisations, elles garantissent à ses membres le paiement (ou remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Ces soins sont fournis par des prestataires avec lesquels la mutuelle a une convention. Les mutuelles de santé peuvent être classées en mutuelles urbains (celles qui prennent en charge les gros risques et exigent de bonnes compétences en terme d'administration et de gestion), les mutuelles rurales (celles qui prennent généralement les petits risques et sont de petites taille) et les mutuelles de type couplage crédit-santé (elles associent à la micro finance la mutualité).

La plus ancienne des mutuelles de santé au Burkina Faso est la Mutuelle pharmaceutique Sainte Famille de Tounouma, créée en 1985 à partir d'un besoin fortement ressenti par les membres d'une communauté paroissiale à savoir celui de se soigner à moindre coût (ZETT J. Baptiste, 2000).

- **Les systèmes de prépaiement** ou mutuelles sanitaires sont initiés et proposés par les formations sanitaires, en général celles situées au niveau des CSPS. Dans ces systèmes, le membre paie une somme fixée une fois par an afin de bénéficier des soins tout au long de l'année. Le paiement est généralement effectué au moment des récoltes, périodes où les paysans disposent de plus de liquidité. Ces systèmes se trouvent surtout en milieu rural et sont gérés par les prestataires de soins et les représentants de la communauté. Ils ont pour but d'améliorer l'accès aux soins des populations à fort potentiel de risque d'indigence saisonnière et d'accroître la base financière de la formation sanitaire dans l'optique d'assurer son autonomie financière.
- **Le système de partage des coûts** est un dispositif initié aussi par l'offre de soins. Il fait intervenir plusieurs acteurs du district à savoir les prestataires de soins publics, les comités de gestion (COGES), les bénéficiaires et éventuellement les communes et/ou les Hauts commissariats pour la prise en charge des soins chirurgicaux d'urgence y compris les soins obstétricaux d'urgence.
- **Les caisses de solidarité à volet santé** sont des initiatives qui se forment suivant une logique basée sur la formalisation d'une pratique d'entraide informel qui existait au préalable entre les individus dans une localité donnée ou une structure donnée. Elles

renforcent la pratique qui consiste à faire une collecte spontanée si un membre du groupe est confronté à un événement social heureux ou malheureux occasionnant des frais plus ou moins importants. Elles représentent l'une des premières formes de mutuelle sociale au Burkina Faso avec la mutuelle douanière de la Haute Volta créée en 1963.

- **Les mutuelles professionnelles** sont aussi des caisses de solidarité. Elles regroupent les travailleurs d'une entreprise donnée. Au Burkina Faso, elles regroupent les travailleurs des services publics et parapublics et de certaines entreprises privées. A titre d'exemple, nous pouvons citer la mutuelle SONABEL, la mutuelle SONAPOST, etc. La plupart de ces mutuelles professionnelles se trouvent dans les zones urbaines notamment, à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso.

Le tableau suivant illustre mieux les différents types de mutuelles sociales inventoriées au Burkina Faso en octobre 2011.

Tableau 2: Typologie usuelle des mutuelles sociales au Burkina Faso

Type de mutuelles sociales	Effectifs	Pourcentage
Mutuelles de santé classique	131	63,9
Système de paiement	9	4,4
Système de partage de coût	22	10,7
Caisse de solidarité	5	2,4
Mutuelle professionnelle	38	18,5
Total	205	100

Source: inventaire mutuelles sociale 2011, Asmade par Zett et Bationo

I.2.Cadre juridique des mutuelles sociales au Burkina Faso

Les mutuelles sociales en général et les mutuelles de santé en particulier ont longtemps pris le pas sur le cadre légal qui devrait leur servir de référence tant dans leurs constitutions que dans leur fonctionnement quotidien. Conscient de ce vide juridique qui ouvrait une porte à des dérives de toute nature, l'UEMOA à travers son conseil des ministres a adopté un règlement en 2009 non

seulement pour combler ce vide juridique mais surtout pour harmoniser les différentes législations des pays membres sur la mutuelle sociale. Il s'agit du règlement N° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutuelle sociale au sein de l'UEMOA qui entrainé en vigueur le 1^{er} juillet 2011. Composé de huit(08) titres et quatre vingt quatorze (94) articles, ce règlement sert de référence juridique pour toutes les mutuelles sociales au niveau communautaire. Ce règlement retrace toutes les dispositions concernant la mutuelle sociale et aussi le contenu des relations entre celle-ci et l'Etat.

Au Burkina Faso, malgré la volonté politique de promouvoir les mutuelles sociales, il n'existe jusque -là pas, de cadres législatif et réglementaire spécifique pour celles-ci. Depuis longs temps, elles sont créées et reconnues sur la base de la loi régissant les associations. Il s'agit de « la loi N° 10/92/ADP du 14 décembre 1992 portant la liberté d'association au Burkina Faso ». L'insuffisance majeure de ce cadre juridique est la précarisation des structures mises en place découlant de la liberté accordée aux associations en matière de gestion. Le manque de rigueur dans la gestion financière qui en découle et le risque de dissipation des cotisations des membres et partant la détérioration de la qualité des prestations, n'instaure pas un climat de confiance nécessaire aux adhésions et donc au développement des mutuelles (ZETT J. Baptiste et BATIONO Fernand, 2011).

Les mutuelles sociales sont reconnues légalement auprès du Ministère de l'Administration Territoriale et de la décentralisation ou de ses structures déconcentrées. Elles sont sur tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, qui œuvre à rendre effectif ce cadre de reconnaissance juridique. A cet effet, il a décidé d'élaborer un projet de loi portant mutualité sociale au Burkina Faso. Aussi, de par leur particularité, le Ministère de la santé et celui de l'action sociale et de la solidarité nationale trouvent leur intérêt à voir les mutuelles se développer comme un cadre d'expression de la solidarité et comme moyen d'accès aux soins de santé.

I.3. La nouvelle politique de l'Etat en faveur des mutuelles sociales

La santé est reconnue comme un droit fondamental, notamment par l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme. Ce droit à la santé prône que tout être humain sans discrimination de quelque ordre que ce soit, doit pouvoir bénéficier en temps utile de soins de santé appropriés. Le Burkina Faso s'inscrit dans cette logique de garantir à la population le droit à la santé. Depuis quelque année, le gouvernement burkinabé a décidé d'étendre la protection

sociale à toutes les couches sociales de la population. Cela à travers la promotion des mutuelles sociales. En effet, les mutuelles sociales sont inscrites dans les Politiques Nationales de la Protection Sociale(PNPS), qui elle-même s'inscrit dans l'axe 2 «Valorisation du capital humain et consolidation de la protection sociale » de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD). L'implication du gouvernement se justifie par le fait que ces mutuelles sont une alternative de lutte contre la pauvreté des ménages.

Dans le cadre de la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), l'Etat témoigne son intérêt pour le développement des mutuelles sociales dans la mesure où il compte s'appuyer sur celles-ci pour atteindre les populations du secteur informel et du secteur agricole mais également de s'inspirer de leurs expériences.

Après cet aperçu général sur les mutuelles sociales au Burkina Faso, comment se présente la mutuelle de santé Laafi Baoré dans le contexte urbain ?

II. PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE URBAINE « LAAFI BAORE » (MSU/LB)

II.1. Historique de la MSU/LB

Au Burkina Faso, les mutuelles de santé urbaines notamment, la mutuelle de santé «Laafi Têebo » de la Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina (CNTB) et la mutuelle de santé « la Nationale » de la Mutualité Femme et Développement(MUFEDE) sont créées pour résoudre le problème de financement des soins de santé des populations cibles.

Dans l'exercice de cette tâche, ces deux mutuelles (Laafi Têebo et la Nationale) appuyées par le Réseau d' Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF), rencontraient d'énormes difficultés de gestion et de fonctionnement. Il s'agit entre autres de la faible visibilité de celles-ci par sa population cible, des déficits organisationnels et institutionnels qui se traduisaient par une incapacité de négociation de conventions solides, réalisables et viables avec les centres de santé de leur ressort territorial. A cela s'ajoutait l'absence d'une étude approfondie de faisabilité de ces mutuelles avant leur mise en place. Cela entraînait une inadéquation entre les besoins des membres et les prestations offertes, mais également une inadéquation entre le droit d'adhésions, de cotisation et la capacité financière des populations cibles. Cette situation mettait en cause la viabilité de ces deux mutuelles urbaines.

Ainsi, guidé par la volonté du RAMS/BF de palier au manque de système d'assurance maladie dans la ville de Ouagadougou, le projet de la mise en place d'une mutuelle de santé d'une grande envergure à l'intention des populations naquit.

Dès lors, un voyage d'échange d'expérience a été effectué par des agents du secrétariat permanent du RAMS/BF accompagné par des administrateurs des deux mutuelles en difficultés, au Mali auprès de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) à Bamako. Ce voyage avait pour objectif d'acquérir des expériences en matière de mutuelle de santé urbaine afin d'asseoir les bases d'une assurance maladie volontaire (AMV) dans la commune de Ouagadougou.

Au sortir de ce voyage, la volonté des administrateurs du réseau combinée aux besoins de protection sociale pour les acteurs informels conduisait à une étude de faisabilité pour AMV. Cette étude a permis de mieux circonscrire la nature et les déterminants de la demande pour l'assurance maladie volontaire. Ce qui a abouti à la naissance en 2006 de la mutuelle de santé urbaine « Laafi Baoré » dont la zone d'intervention est la province du Kadiogo. Elle est donc née de la volonté de ces deux (02) structures membres du RAMS/BF et de plusieurs autres (06) organisations socioprofessionnelles et entreprises, pour trouver des solutions d'ensemble basées sur la solidarité des membres et des populations pour l'amélioration de leur état de santé.

II.2. But et les structures membres de la mutuelle

La Mutuelle de Santé Urbaine « *Laafi Baoré* » (MSU/LB) est une association à but non lucratif régie par la loi N° 10/92/ADP du 15 décembre 1992, portant liberté d'association. Elle est située à Ouagadougou dans les locaux du RAMS/BF sis aux 1200 logements côté sud de l'école le Petit Poucet. Reconnue par récépissé n°200700139/MATD/RCEN/PKAD/HC/SG/DASE du 06 juin 2007, elle a pour but de :

- faciliter l'accès de ses membres à des soins de santé de qualité et à moindre coût ;
- Assurer la prise en charge partielle des frais d'hospitalisations chirurgicales, médicales, de maternité dystocique, d'hôtellerie, d'examen para-cliniques et des médicaments inscrits sur la liste nationale de médicaments essentiels (LNME) ;

- Assurer la prise en charge des dépenses ambulatoires de ses bénéficiaires pour les frais de consultations, de soins dentaires sans prothèses, de soins ophtalmologiques sans lunettes, de maternité simple, d'analyse de bases et des médicaments génériques.

La MSU/LB a débuté ses activités officiellement en février 2007 avec huit (08) structures membres appelées organisations mères. Il s'agit de :

- Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina (CNTB);
- Mutualité Femme et Développement (MUFEDE);
- Caisse Baïtoul Maal ;
- Association des Garagistes du Kadiogo (AGK) ;
- L'Entreprise Hage Industries ;
- Association des Entrepreneurs Soudeurs du Kadiogo (AESK) ;
- Association des Professionnels des Engins à deux Roues (APEMERO) ;
- Association des Couturiers (SENIMI).

A cette liste s'ajoute de nouvelles organisations telles que l'entreprise Hage Matériaux, la caisse Laafi Sira Kweogo (LSK) et la section inter pro qui est composée essentiellement des personnes qui n'appartiennent à aucune des entités sus citées. Ces différentes organisations constituent des sections de la mutuelle.

II.3. Instances et organes de la MSU/LB

L'assemblée générale (AG) et l'assemblée des sections (AS) constituent les instances de la mutuelle.

L'AG est l'instance suprême de la MSU/LB, elle se réunit une fois par an en session ordinaire sur convocation du président du Conseil d'Administration qui fixe la date et l'ordre du jour. Il peut être convoqué une session extraordinaire (AGE) à chaque fois qu'un besoin se présente. L'AS est l'instance de concertation et de mobilisation des membres de la mutuelle au sein de chaque section.

Les organes de la MSU/LB comprennent : le Conseil d' Administration, le Comité de Contrôle, le Bureau de la Section et l'Unité de Gestion.

Le Conseil d'Administration (CA) est constitué des délégués de toutes les sections à jour de leur cotisation, et présents en assemblée générale (AG). Il comprend un président, un vice président, un trésorier et cinq (05) membres. Les membres du CA se réunissent une (01) fois par semestre sur convocation du président et ont chacun un mandat de trois (03) ans renouvelable une (01) fois. Le principe d'une personne une voix est mis en valeur c'est à dire chaque membre a droit à une et une seule voix et les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents à l'AG. Les membres ne reçoivent pas de rémunération mais sont remboursés sur justification pour tous frais engagés dans l'exécution de leur fonction. Ces membres sont chargés entre autre de veiller au respect des textes et règlement intérieur, de suivre la mise en place des activités par l'unité de gestion, de coordonner les activités des différentes commissions mises en place, de mettre en œuvre les décisions prises par l'AG, d'établir les comptes annuels et le budget de l'exercice suivant, agir et représenter la MSU/LB auprès de toute institution, organisation, structure ou instance.

Le Comité de Contrôle (CC) est composé de trois (03) membres dont un président, un vice président et un secrétaire qui ont tous un mandat deux (02) ans renouvelable une (01) fois au tiers. Ces membres doivent jouir de leur droit civiques, ne pas être membres du CA et ne pas avoir participé à la gestion de la mutuelle au cours de l'exercice précédent leur élection. Il se réunit deux (02) fois par an sur convocation de son président et est tenu d'écrire un rapport comportant les travaux effectués dont une copie est transmise au Président du Conseil d'Administration (PCA) au plus tard un mois après la tenu de la réunion. Le comité peut aussi se réunir en session extraordinaire autant de fois que la situation l'exige.

La mission du comité de contrôle est de veiller au respect des textes et procédures de la mutuelle, de veiller à la bonne gestion et à l'utilisation rationnelle des ressources de la structure, de contrôler l'exactitude de la comptabilité et des comptes annuels, aussi la régularité des opérations financières, également à élaborer à l'intention de chaque assemblée générale un rapport sur les contrôles effectués. Le comité veille à ce que les décisions prises par les différentes instances et organes soient conformes aux dispositions des textes. Il est l'organe censé faire des

recommandations au conseil d'administration pour une amélioration du fonctionnement de la MSU/LB.

L'Unité de Gestion (UG) représente le centre de gestion de la mutuelle. Elle rend compte de toutes les activités effectuées (l'inscription des adhérents, la collecte des droits d'adhésion et de cotisation, le traitement des factures etc.) devant le conseil d'administration. Le responsable de l'unité de gestion est tenu d'être présent à toutes les réunions où il assure le rôle de secrétaire mais ne dispose pas de voix pour les prises de décisions. Les membres de l'UG sont rémunérés et ont pour rôle de suivre les activités de la mutuelle ; d'assurer la gestion des ressources et des adhésions (immatriculation, émission des cartes de membre etc.) ; d'assurer les prestations (paiement des factures et des demandes de remboursement) et la gestion du système comptable et informatique de la MSU/LB. Enfin, ils analysent les risques et négocient les conventions des soins ou tout autre partenariat. A ce jour, l'unité de gestion compte deux agents permanents sur le terrain.

Le Bureau de Section (BS) est dirigé par les membres de la section élu en AG et composé d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier et d'un trésorier adjoint tous deux chargés de la collecte des fonds au sein de la section. Ces membres ont pour tâche de donner l'information aux mutualistes ; de recevoir les demandes, les droits d'adhésions et les demandes de remboursement pour les transmettre à l'unité de gestion. Aussi ils doivent organiser des séances de sensibilisations au sein de la section pour mobiliser de nouveaux adhérents et les représenter aux assemblées générales et autres rencontres de la MSU/LB. Leur mission est également la collecte des cotisations des membres pour les transmettre à l'UG.

II.4. Conditions d'adhésion et conditions de prise en charge

Toute personne résidente de façon permanente dans la ville de Ouagadougou et ayant au moins dix huit (18) ans, sans distinction de race, de sexe, de religion, d'appartenance politique ou de groupe ethnique qui accepte de respecter les textes en vigueur peut être adhérent de la Mutuelle de Santé Urbaine « Laafi Baoré ». L'adhérent doit être capable de payer un droit d'adhésion d'un montant de deux mille cinq cent (2500) FCFA (versé en une seule fois). Ce droit d'adhésion lui permet d'inscrire à sa charge son ou sa conjoint (e) et ses enfants de moins de 18 ans. Le nouvel adhérent remplit toutes ces formalités dans la section à laquelle il appartient ou à l'unité de gestion de la mutuelle.

L'adhésion à la MSU/LB est volontaire et peut se faire de façon individuelle ou par famille (cinq membres au maximum). La famille se compose du conjoint (e), des enfants et/ou personnes à charge ayant moins de dix huit (18) ans. Ainsi, l'adhérent et ses personnes à charge constituent *les bénéficiaires* de la mutuelle.

La prise en charge d'un membre par la mutuelle est conditionnée par : le paiement de ses cotisations qui s'élèvent à huit cent (800f) par mois et par personne avant le cinq (05) du mois, le respect de la pyramide sanitaire en vigueur dans le pays (CSPS, CM, CMA, CHR, CHU) et l'acceptation d'être pris en charge pour toutes les prestations offertes par la mutuelle au taux de 70%. Une fois que ces conditions sont respectées, le bénéficiaire malade, se rends dans une formation sanitaire conventionnée, muni de sa carte de membre où il paie 30% des prestations médicales (les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et de maternité).

II.5. Collecte des cotisations et mode de paiement des prestations

La collecte des cotisations est l'une des activités phares de la Mutuelle de Santé Urbaine « Laafi Baoré ». Les cotisations constituent l'une des principales ressources de la mutuelle en plus des droits d'adhésion, des dons et des legs. Cette collecte est faite de façon quotidienne dans les bureaux de section ou directement à l'unité de gestion pour les mutualistes n'appartenant à aucune section.

Le paiement des prestations par la Mutuelle de Santé Urbaine « Laafi Baoré » suit deux modes : à savoir le paiement au prestataire de centre conventionné et le paiement à l'adhérent.

Paiement au prestataire de centre conventionné : les mutualistes visitent régulièrement les centres conventionnés pour palier à leur problème de santé. Ceux-ci, une fois sur les lieux présentent leur carte de membre et à partir de leur référence, le prestataire vérifie la liste des bénéficiaires à jour de leur cotisation. Une fois le bénéficiaire est à jour, il paie un ticket modérateur de 30% du coût unitaire des prestations. Ensuite, à la fin de chaque mois, le prestataire dresse une facture que les agents de l'UG repèrent avec les pièces justificatives pour traitement. Ce traitement consiste à contrôler les pièces justificatives, à comparer le nombre de prestations et les montants (part payée par l'adhérent et celle qui doit être payé par la mutuelle). Après traitement, le gestionnaire envoie un bordereau de remboursement pour l'ensemble des factures avec les montants à rembourser (70% des prestations prise en charge) et également la

liste des rejets expliquant l'écart entre le montant attendu par le prestataire et celui que la mutuelle paie. Le paiement des prestations est effectif au plus tard dix (10) jours après la réception des factures entraînant un décaissement effectué par le gestionnaire avec l'avis du PCA et de la trésorière.

Le paiement à l'adhérent : cette situation intervient lorsque celui-ci engage des dépenses de santé pour lesquelles il n'a pas pu bénéficier de la prise en charge. En effet, il arrive souvent que les médicaments ne soient pas disponibles dans les dépôts pharmaceutiques des centres de santé conventionnés ou les prestataires ne prennent pas soin de bien vérifier la liste des personnes à jour des cotisations, dans ces cas l'adhérent se prend totalement en charge. Par la suite, il rédige une demande de remboursement à laquelle il joint les pièces justificatives qu'il adresse au Président du Conseil d'Administration. Cette demande est reçue et traitée par l'UG qui tente de vérifier la conformité des pièces et des médicaments essentiellement génériques. Après toutes ces vérifications le gestionnaire fait appel à l'adhérent qui reçoit les 70% du coût unitaire des prestations.

II.6. Les formations sanitaires conventionnées

Les formations sanitaires conventionnées de la mutuelle sont au nombre de vingt cinq (25) réparties à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la ville de Ouagadougou.

- Le premier niveau

Il concerne les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) chargés principalement des soins ambulatoires dans les cinq (05) districts sanitaires :

- District de BOGODOGO : (CMU du secteur 15, CSPS 28, 29,30) ;
- District de BASKUY : (CSPS du secteur 3 et CMU Pogbi) ;
- District de BOULMIOUGOU (CSPS Sandogo et CMU Nagrin) ;
- District de SIG-NOGHIN (CSPS Bissighin, secteur 21 et 22) ;
- District de NONG MASSON (CSPS secteur 23,27).

- Le second niveau

Il s'agit des centres médicaux (CM) et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) chargés des soins curatifs spécialisés et des analyses médicales simples, on peut citer:

- Le CMA (secteur 30, de Pissy, de Kossodo et le CMA Schiphra) ;
- Le CM (Samandin, Urbain, Gounghin, Saint Camille, IBN SINA, Source de vie) ;
- La Clinique de l'Office Santé des Travailleurs (OST) ;
- Le troisième niveau

Il s'agit du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou.

II.7. Les partenaires de la MSU/LB

La mutuelle dispose de partenaires notamment, le RAMS/BF, les formations sanitaires conventionnées et les sections membres.

a) le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso

Ce réseau est un partenaire technique et financier de la mutuelle. Son appui consiste à assister la mutuelle par les conseils, la formation des membres, la sensibilisation de la population et la recherche de partenariat. Il apporte aussi soutien financier lors des activités (assemblée générale, formation des membres de section...) et des apports matériels.

b) les formations sanitaires conventionnées

L'atteinte des objectifs de la mutuelle Laafi Baoré est en grande partie liée à son partenariat avec les formations sanitaires. En effet, elle ne dispose pas de centres médicaux propres à elle même pour répondre aux besoins de sa population cible. Pour cela, depuis sa mise en place, elle entreprend des démarches contractuelles auprès de ceux-ci pour faciliter la prise en charge de ses bénéficiaires. A cet effet, elle a signé (25) conventions de soins avec des formations sanitaires de la commune de Ouagadougou. Dans ce partenariat, la mutuelle s'engage à respecter la procédure de paiement des prestations offertes aux bénéficiaires et la formation sanitaire quant à elle, s'engage à offrir des prestations de soins de qualité aux bénéficiaires de la mutuelle. Les deux parties s'engagent à respecter tous les autres dispositions conclues dans la convention.

c) les sections membres de la mutuelle

Les sections membres de la mutuelle se constituent des organisations socioprofessionnelles et des entreprises privées. La mutuelle entretient des relations de partenariat avec ces sections dans le but de susciter plus d'adhésion et de faciliter la collecte de cotisation. L'intérêt pour ces sections dans ce partenariat est d'assurer la protection sociale en matière de santé à ses membres grâce à la mutuelle.

Conclusion partielle

Le développement des mutuelles sociales à partir des années 1990 au Burkina Faso, ne s'est pas accompagné automatiquement par la mise en place d'un cadre juridique pour celle-ci. Jusqu'à ce jour, elles fonctionnent sur la base du règlement N° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutuelle sociale au sein de l'UEMOA. La MSU/LB s'inscrivant dans les mêmes conditions, œuvre à faciliter l'accès aux soins de santé de qualité et à moindre coût à ses membres.

Le chapitre suivant traite de la méthodologie de recherche, de l'analyse de données et l'essai d'élaboration de la stratégie de fidélisation.

CHAPITRE3: METHODOLOGIE DE RECHERCHE, ANALYSE DES RESULTATS ET ESSAI DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION

Dans ce chapitre, nous verrons dans un premier temps la méthodologie de la recherche qui montre la méthode et la technique à suivre pour mener à bien l'étude. Dans un second temps, nous analyserons les résultats issus des enquêtes. Dans un troisième temps, nous essayerons de proposer une stratégie en vue de la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB.

I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie de recherche est l'étude du bon usage des méthodes et des techniques développée par Aktouf en 1992. Elle permet de déterminer la façon dont le chercheur va analyser et décrypter sa problématique. L'approche quantitative et l'approche qualitative sont les deux grandes approches méthodologiques qui existent. La première est basée plus sur des études statistiques. La seconde approche est traditionnellement employée pour explorer un sujet ou révéler un nouveau phénomène selon Wacheux, 1996. Elle semble la plus adaptée à notre étude de cas dans la mesure où, elle permet de comprendre le pourquoi et le comment des événements dans des situations concrètes. Elle peut apporter des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local (Miles et Huberman, 2003). Dans cette approche qualitative le chercheur peut utiliser deux démarches ; la démarche inductive et la démarche abductive. Dans la démarche inductive, le chercheur part du terrain, cherche à identifier les dimensions et concepts d'analyse très pertinents à partir des données collectées afin de faire émerger une théorie. Dans la démarche abductive, le chercheur part aussi du terrain mais avec un cadre théorique permettant de structurer la complexité de ce qu'il veut étudier.

Pour la présente étude, nous adopterons l'approche qualitative basée sur une démarche abductive couramment utilisée par les chercheurs en science de gestion. Cette étude abductive nous aidera à affiner notre modèle théorique issu de la littérature, même si elle ne nous permettra pas de répondre à un certain nombre de questionnements restés en suspens. Dans cette section, nous discuterons successivement des différentes étapes de cette étude qualitative. Il s'agira de l'échantillonnage, de la collecte de données et de l'analyse de données.

I.1. L'échantillonnage

Un échantillonnage raisonné non aléatoire sera réalisé sur la base des caractéristiques des bénéficiaires de la MSU/LB. En effet, pour Miles et Huberman, 2003, les individus de l'échantillon dans le cas des méthodes qualitatives, ne sont pas sélectionnés au hasard mais plutôt choisis à partir d'un ciblage dans un contexte afin de pouvoir les étudier en profondeur. Cette étude qualitative ne s'inscrit pas dans une logique de généralisation statistique, car notre objectif est d'identifier les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires de la mutuelle Laafi Baoré dans la perspective de proposition d'une stratégie opérationnelle permettant de les retenir. Dès lors, il s'agira de retrouver des bénéficiaires qui accepteront de s'entretenir avec nous sur les facteurs qui pourraient expliquer leur départ à la MSU/LB.

Pour cette étude qualitative, nous nous limiterons à un petit échantillon même si selon Vernhet, 2012, il n'existe aucune règle délimitant le nombre d'individus devant constituer l'échantillon. Un minimum de vingt cinq (25) individus est suffisant, car comme le dit Tirouda, 2013, au-delà du nombre d'entretien, ce qui compte le plus, c'est la qualité et la richesse de ceux-ci. Ainsi comme le mentionne Romelaer (2005, p.105) « quand on cherche à voir dans quelle mesure les descripteurs pertinents du sujet de recherche déjà identifiés par la littérature sont présents dans le terrain étudié, ou quand on veut identifier des descripteurs pertinents, qui n'ont pas encore été mentionnés par des chercheurs ou des experts (...), le critère n'est pas le nombre d'entretiens mais la saturation sémantique (...) ». La saturation sémantique est atteinte selon l'auteur, lorsque les nouveaux cas (quatre entretiens) ne font que répéter ce qui a été dit et n'apportent rien de réellement nouveau. Ce critère de saturation s'avère important et est pris en compte dans notre étude.

Notre échantillon sera composé de vingt cinq (25) bénéficiaires suffisamment divers car, Romelaer (2005, p.106) souligne que : « l'idée ici n'est pas du tout d'avoir une représentativité statistique et un échantillon complet. L'idée est d'avoir exploré suffisamment la variété des situations » Dès lors, en nous basant sur les caractéristiques des bénéficiaires de la MSU/LB, nous avons constitué notre échantillon selon le critère sexe, le secteur d'activité (privé, public et informel) et de personnes à charge. Par ailleurs nous avons interrogé cinq (05) bénéficiaires désinscrits. Le tableau suivant précise mieux cet échantillon.

Tableau 3: Les caractéristiques de l'échantillon

Désignation		Personnes à charge				
Bénéficiaires présents	Sexe	0 à 2	3 à 4	Plus de 4		
Bénéficiaires du secteur public	Homme	2	1	0	3	6
	Femme	3	0	0	3	
Bénéficiaires du secteur privé	Homme	4	0	0	3	8
	Femme	4	0	0	4	
Bénéficiaires du secteur informel	Homme	2	0	1	3	6
	Femme	2	1	0	3	
Bénéficiaires désinscrits	Homme	2	1	0	3	5
	Femme	2	0	0	2	
TOTAL		21	3	1		

Source : données de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée du 10 juillet au 03 août 2014 dans la commune de Ouagadougou. Les personnes ont été interrogées pour la plupart à domicile, pour certains dans leurs lieux de travail et pour d'autres dans une moindre mesure dans des endroits publics (les stations d'essence et les marchés).

L'échantillon est constitué de 25 bénéficiaires dont 13 hommes et 12 femmes. Ces bénéficiaires ont une ancienneté moyenne dans la mutuelle de 2,4 ans et ont aussi en moyenne 2 personnes à leur charge.

I.2. La collecte de données

Pour accéder à des données primaires, nous avons utilisé un guide d'entretien semi-directif comme outil de collecte de données. Selon Aktouf (1992), l'entretien est un procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations

en relation avec des objectifs fixés. Dès lors pour cette étude, il a permis d'identifier les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires de la mutuelle de santé urbaine Laafi Baoré.

L'entretien est une méthode qualitative le plus utilisé dans les recherches en sciences de gestion. Ce type d'entrevue permet de recueillir le contenu des représentations sociales qui pourraient être des traces de comportements, les interactions sociales, les histoires, etc. Egalement, tout en permettant de valider et de préciser l'information, il met en relief des informations très riches qui auraient pûes être à tort minimisées par le chercheur. Ainsi, il permet de concilier l'exploration des thèmes issus de la littérature et proposés par le chercheur, mais également l'émergence de thèmes abordés spontanément par le répondant.

Cette technique est retenue pour mener la présente étude car, selon Romelaer (2005), elle permet aussi, d'amener le répondant à communiquer des informations nombreuses détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité.

I.3. L'analyse des données

L'analyse de contenu thématique est la méthode privilégiée pour notre analyse des données qualitatives. En effet, l'analyse de contenu est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives (Krippendorff, 2003). Elle est la méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Berelson (1952), la définit comme étant une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter. L'analyse de contenu thématique s'inscrit dans le cadre d'une phase exploratoire de recherche en ce sens qu'elle permet de repérer à travers les différents documents analysés des thèmes récurrents qui peuvent être définis à priori, à partir d'une revue de la littérature ou émerger du terrain (Gavard-Perret et al., 2008). La présente étude se situe dans cette même logique avec pour objectif de faire émerger des thèmes relatifs aux obstacles à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB.

Les données collectées ont été analysées grâce à une grille. Comme le recommandent Huberman et Miles « la grille sera remplie au fur et à mesure que l'on progresse dans l'analyse, en regroupant les éléments observés, afin de faire émerger une théorie graduellement ». Ainsi, après

la construction de cette grille, nous avons transcrit les propos de chaque interviewer avant de faire une analyse proprement dite. Nous avons procédé de la manière verticale puis horizontale comme cela est suggéré par Ghiglione cité par Romelaer (2005). Selon lui « l'analyse verticale est celle qui porte sur chaque sujet séparément : on passe en revue les différents thèmes qu'il a abordés, ce qu'il a dit, et on tente, éventuellement, une synthèse individuelle ». Une monographie contenant les différentes catégories abordées (thèmes) est donc établie pour chaque personne. L'ensemble des monographies c'est-à-dire l'ensemble des synthèses verticales a permis d'avoir l'exhaustivité des catégories abordées par les interviewés. Ce qui a facilité par la suite la catégorisation ou la sous-catégorisation. Après ce premier travail, nous avons fait ce que l'auteur appelle une analyse horizontale qui est « une analyse qui traite chaque thème, relevant les différentes formes sous lesquelles il apparaît chez les personnes interrogées ». Cette analyse catégorielle ou thématique a permis de cerner la compréhension que chaque personne a des thèmes abordés. Ce qui nous a aidé à comprendre la signification des mots véhiculés et a facilité les codages. Dès lors, ces deux types d'analyses ont permis d'atteindre l'objectif de cette étude.

II. ANALYSE DES RESULTATS

L'objectif de l'étude étant de déterminer les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB, un entretien dont les propos sont synthétisés dans une grille d'analyse de contenu est alors administré. A l'aide de cette grille, nous avons procédé dans un premier temps à une analyse verticale, puis dans un second temps à une analyse horizontale. Ces analyses ont permis de traiter les données suivant une approche descriptive.

II.1. Analyse verticale

Pour la présente étude, nous avons interrogé deux catégories de bénéficiaires à savoir vingt (20) bénéficiaires présents de la MSU/LB et cinq (05) bénéficiaires désinscrits. La catégorie des bénéficiaires présents est structurée en trois sous catégories: les bénéficiaires du secteur public, les bénéficiaires du secteur privé et les bénéficiaires du secteur informel.

Dans cette analyse, il s'agit pour nous, de donner les réponses de chaque catégorie de bénéficiaire en fonction des thèmes évoqués pour la vérification de nos hypothèses.

II.1.1. Les bénéficiaires présents

Les bénéficiaires présents interviewés, se composent de 30% de bénéficiaires du secteur public, 40% de bénéficiaires du secteur privé et 30% de bénéficiaires du secteur informel.

II.1.1.1. Les bénéficiaires du secteur public

Les bénéficiaires du secteur public sont beaucoup plus sensibles à la qualité des prestations de soins et à la satisfaction, qu'à la confiance et au pouvoir d'achat.

En ce qui concerne la variable qualité des prestations de soins, 67% des bénéficiaires évoquent la raison du mauvais accueil des prestataires de soins. Pour eux, ces prestataires ne leur accordent pas d'importance dans la mesure où ils ne prennent pas le soin de vérifier les listes des bénéficiaires à jour et les renvoient sous-prétexte qu'ils n'ont pas leurs noms ou qu'il n'y a pas de liste. Parmi ces bénéficiaires, 25% évoquent les ruptures de médicaments dans certains dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires conventionnées (FSC), qui les poussent à des dépenses imprévues. En effet, l'objectif de la mutuelle est de prendre en charge sur place les prestations de soins au moyen d'un ticket modérateur et lorsque le bénéficiaire se trouve dans une FSC en rupture de médicaments, il est obligé de payer la totalité des frais et se faire rembourser après ; ce qui ne résout pas immédiatement leur problème de coût. Seulement 17% des bénéficiaires du public pensent que la qualité des prestations de soins est acceptable parce qu'ils n'ont pas encore rencontré de difficulté dans leur prise en charge. Pour le reste, les prestations de soins sont à améliorer pour susciter leur fidélité.

En ce qui concerne la satisfaction, 71% des bénéficiaires du secteur public affirment ne pas être satisfaits. Ils expliquent que cela réside dans le mauvais comportement (les négligences dans l'accueil et dans la lecture des listes de bénéficiaires à jour de leurs cotisations) des prestataires de soins. Aussi, ils se plaignent de la suspension de certaines prestations de soins dans certains centres conventionnés. C'est le cas dans un centre renommé où les imageries (radiologie, échographie...) sont suspendues par la mutuelle. Un des bénéficiaires affirme : « une fois, j'ai été dans ce centre pour une échographie et à ma grande surprise, à la caisse, on m'informe de la suspension des prises en charge des imageries par la mutuelle, donc j'ai été obligé de rentrer chez moi puisque je n'étais pas préparé à payer la somme demandée. Ce qui n'est pas bien ».

Le manque de confiance aux responsables n'est pas encore un élément qui influence leur départ à la mutuelle ; 67% des bénéficiaires affirment avoir encore confiance à la mutuelle car pour eux le mauvais accueil des prestataires de soins ne dépend pas en grande partie des responsables de la mutuelle, mais de la volonté de ces prestataires eux-mêmes qui doivent assurer leur part de contrat.

Quant au pouvoir d'achat, il influence peu le départ des bénéficiaires du secteur public. Seulement 17% d'entre eux mentionnent cette variable. Le reste de ces bénéficiaires (soit 83%) affirment qu'ils perçoivent un revenu régulier et que les cotisations sont acceptables.

Tableau 4: Variables évoquées par les bénéficiaires du secteur public

Variabiles évoquées	Pourcentage (%)
Mauvaise qualité des prestations de soins	67
Insatisfaction	71
Manque de confiance	33
Faible pouvoir d'achat	17

Source : donnée de l'enquête

II.1.1.2. Les bénéficiaires du secteur privé

Les bénéficiaires du secteur privé accordent une grande importance à l'insatisfaction (92%) et 63% à la confiance.

En ce qui concerne l'insatisfaction, les bénéficiaires du secteur privé (soit 71%) mentionnent la non prise en charge de tous les produits comme les médicaments de spécialités. Certains (80%) rapportent qu'ils ne sont pas satisfaits des médicaments génériques. Pour eux, ces médicaments ne répondent pas à tous leurs besoins de santé. D'autre par contre (20%) refusent la prescription de ces médicaments parce qu'ils prétendent ne pas avoir confiance à leur efficacité. Un bénéficiaire affirme : « je suis prêt à partir de la mutuelle si je trouve une autre assurance qui prend en charge tous les produits ». En plus, 29% des bénéficiaires disent ne pas être satisfaits de la représentativité des formations sanitaires conventionnées. Ils trouvent que les formations sanitaires conventionnées sont éloignées de leurs lieux d'habitation, en témoignent les propos d'un mutualiste. Il dit avoir désinscrire toute sa famille parce qu'il n'y a pas de centres conventionnés dans son secteur. Toujours selon ses propos, pour un simple palu, il ne peut pas

parcourir une longue distance pour se faire soigner tout en sachant qu'il y a un dispensaire près de chez lui.

Quant à la confiance, 63% affirment ne pas avoir trop confiance. Ils justifient cela par des remboursements non effectifs et des noms non inscrits sur les listes des bénéficiaires à jour de leur cotisation. Aussi, ils doutent fort de la bonne collaboration entre la MSU/LB et ses prestataires de soin.

Pour ce qui est de la qualité des prestations, les bénéficiaires du secteur privé (soit 38%) estiment que la mutuelle devrait faire des efforts pour améliorer les prestations. Pour eux, la communication au sein de la mutuelle est insuffisante. Ils expliquent que toutes les informations pendant ou après l'adhésion ne leur parviennent pas. Ils citent entre autres les assemblées générales, l'augmentation des cotisations, le délai de dépôt des demandes de remboursement, etc., qui provoquent parfois des frustrations.

Tout comme les bénéficiaires du secteur public, la variable pouvoir d'achat influence peu les bénéficiaires du secteur privé. Seulement 25% trouvent qu'une baisse de leur revenu ou une augmentation des cotisations pourrait les amener à partir.

Tableau 5: Variables évoquées par les bénéficiaires du secteur privé

Variabes évoquées	Pourcentage (%)
Mauvaise qualité des prestations de soins	38
Insatisfaction	92
Manque de confiance	63
Faible pouvoir d'achat	25

Source : donnée de l'enquête

II.1.1.3. Les bénéficiaires du secteur informel

Le pouvoir d'achat est le facteur le plus couramment évoqué par les bénéficiaires du secteur informel. En effet, 86% de ces bénéficiaires pensent que le faible pouvoir d'achat serait la raison de leur désinscription compte tenu de la faiblesse et de l'irrégularité de leur revenu ; ce qui ne leur permet pas de payer régulièrement leur cotisation. Aussi, ils mentionnent l'augmentation des cotisations de ces derniers mois comme une charge de plus pour les familles à grand nombre.

Pour eux, autrefois, avec 4000f CFA une famille de cinq membres pouvait assurer ses cotisations mensuelles, mais actuellement, il faut 5000fCFA; ce qui n'est pas facile.

Concernant la qualité des prestations de soins, les bénéficiaires du secteur informel (soit 67%) pensent qu'elle est mauvaise. Ils justifient cela par les longues attentes devant les caisses des formations sanitaires conventionnées lorsqu'on est mutualiste. Cependant, 33% d'entre eux estiment que la qualité des prestations est acceptable parce qu'ils ont été bien reçu par les prestataires de soins et les agents de la mutuelle.

Quant à la satisfaction, les bénéficiaires du secteur informel (78%) affirment ne pas être comblés de l'accueil qui leur est réservé par les agents de santé et du traitement des dossiers de remboursement. Ils estiment que le temps mis pour le traitement de ces dossiers est très long et peut même parfois durer plus d'un mois.

Un grand nombre de bénéficiaires (67%) affirment avoir confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle. Ils disent avoir adhérer à la mutuelle parce qu'ils avaient des proches ayant bénéficié des prestations et que jusqu'à maintenant ils n'ont pas encore rencontré de problèmes majeurs dans leur prise en charge.

Tableau 6: Variables évoquées par les bénéficiaires du secteur informel

Variabes évoquées	Pourcentage (%)
Mauvaise qualité des prestations de soins	67
Insatisfaction	78
Manque de confiance	33
Faible pouvoir d'achat	86

Source : donnée de l'enquête

II.1.2. Les bénéficiaires désinscrits

Pour mieux comprendre les raisons de départ des bénéficiaires de la MSU/LB, nous nous sommes entretenus avec cinq (05) bénéficiaires désinscrits. Il ressort de ces entretiens que les raisons de départ de ces anciens bénéficiaires sont fortement liées à l'insatisfaction et à la mauvaise qualité des prestations de soins. Ils sont 53% à évoquer les raisons suivantes : le temps de traitement des dossiers de demande de remboursement, le manque d'information concernant les produits et les centres conventionnés, le mauvais accueil des prestataires de soins, le retard dans la transmission des cartes de membre, les erreurs de noms et de numéro matricule sur les cartes et listes de

membres. Un d'entre eux affirme être déçu des demandes de remboursement qui restent sans suite. Le faible pouvoir d'achat et le manque de confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle sont évoqués seulement par 18% des bénéficiaires désinscrits. Le reste (29%) des bénéficiaires évoquent d'autres raisons qui expliquent leur départ à la MSU/LB. Parmi eux, 40% disent qu'ils ont cotisé longtemps sans tomber malade, 20% évoquent qu'ils sont pris en charge par d'autres structures, 10% évoquent la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations, 10% mentionnent leurs départs hors de la zone d'intervention de la mutuelle et les 20% évoquent le dysfonctionnement de certains bureaux de section. Ces différentes raisons ont émergé des réponses provenant de la question principale posée aux bénéficiaires désinscrits.

Tableau 7: Variables évoquées par les bénéficiaires désinscrits

Variabes évoquées	Pourcentage (%)
Mauvaise qualité des prestations de soins et Insatisfaction	53
Manque de confiance et Faible pouvoir d'achat	18
Autres raisons	29

Source : donnée de l'enquête

A travers cette analyse verticale, nous avons mis en évidence les différents propos tenus par chaque catégorie de bénéficiaire. Maintenant, apportons des réponses à chaque thème à travers une analyse horizontale.

II.2. Analyse horizontale

Il s'agit ici d'analyser la question principale et les quatre (4) thèmes qui la soutiennent.

II.2.1. Qu'est ce qui pourrait expliquer votre départ à la MSU/LB ?

L'ensemble des interviewés expliquent que leur désinscription pourrait provenir en premier lieu de l'insatisfaction (30% des interviewés), en deuxième lieu de la mauvaise qualité des prestations de soins (28% des bénéficiaires interrogés), en troisième lieu d'un manque de confiance (soit 18% des interviewés), en quatrième lieu du faible pouvoir d'achat (soit 15% des interviewés) et en dernier lieu d'autres facteurs. Ces facteurs sont comparables à ceux cités par

Turcotte-Tremblay, Haddad et al. (2010) pour expliquer les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires des mutuelles de santé au Bénin. La seule différence est que les facteurs comme la prise en charge par d'autres structures, la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations, les départs des bénéficiaires hors de la zone d'intervention de la mutuelle et le dysfonctionnement de certains bureaux de section, évoqués par les bénéficiaires désinscrits de la MSU/LB ne sont pas mentionnés par ces auteurs.

II.2.2. Qualité des prestations de soins

La mauvaise qualité des prestations de soins est évoquée par 16% de chaque catégorie de bénéficiaires du secteur public et du secteur informel et 12% pour les bénéficiaires du secteur privé de même que 12% des désinscrits. Pour ceux qui pensent que la qualité est acceptable, ils représentent 4% des bénéficiaires du public et 8% de chaque catégorie de bénéficiaires (privé et informel).

En général, 56% des interviewés estiment que la qualité des prestations de soins est mauvaise alors que 20% d'entre eux pensent qu'elle est acceptable. Ceux qui estiment que la qualité des prestations de soins est mauvaise, affirment que l'accueil des prestataires de soins à leur égard n'est pas professionnel dans la mesure où ils sont rejetés et non pas traités comme les autres patients. « Je n'arrive pas à comprendre pourquoi les agents de caisse n'ont pas de respect pour nous, ils nous rejettent sans même consulter les listes » affirme un interviewé. Aussi, ils ajoutent que la non disponibilité des médicaments dans certains dépôts des FSC les amène à rédiger des demandes de remboursement qui ne les arrange pas. Ceux qui pensent que la qualité des prestations est acceptable, trouvent que la mutuelle fait des efforts en couvrant presque tous les examens de soins et en ne fixant pas de plafond pour la prise en charge. Ils affirment aussi que certaines FSC font partir des meilleurs centres de santé de la ville.

II.2.3. Satisfaction des bénéficiaires

La satisfaction est la variable qui touche plus les bénéficiaires du privé. Ils sont 32% qui affirment être insatisfaits des prestations de la mutuelle. Ensuite, viennent les bénéficiaires du secteur informel avec 20% puis ceux du secteur public et les désinscrits 15% chacun.

Dans l'ensemble, les bénéficiaires interrogés (82%) ne sont pas satisfait des prestations de la mutuelle. Parmi eux, 46% trouvent que la couverture en termes de produits et de formations

sanitaires conventionnées n'est pas mise à jour pour répondre à leur besoins actuels. Pour eux, les produits pris en charge sont toujours restés au niveau des génériques alors que les exigences de la maladie augmentent. C'est dans ce sens qu'un bénéficiaire atteste que : « au fur et à mesure que les années passent, nous avons besoin d'une amélioration des prestations surtout la prise en charge de certains produits de spécialités ». A cela, s'ajoute l'inexistence de pharmacies conventionnées par la mutuelle pour faciliter l'achat des médicaments et éviter au maximum les demandes de remboursement. De plus, les interviewés (25%) n'apprécient pas non plus l'insuffisance de communication de la part des responsables de la mutuelle. Ils critiquent le fait que la mutuelle ne soit pas connue par l'ensemble de la population de la capitale et qu'ils soient eux même sous informé des nouvelles dispositions et activités de celle-ci. Comme le témoigne un interviewé : « la communication est le meilleur moyen pour se faire comprendre, sans elle, il n'y a pas de projet de relation durable ». Ce faible niveau de communication met en péril non seulement la relation entre la MSU/LB et ses bénéficiaires, mais remet en cause son titre d'organisation à grande échelle. Le reste des bénéficiaires (18%) sont satisfait des prestations offertes par la mutuelle. Ils pensent que la mutuelle respecte ses engagements pris lors de leur adhésion.

II.2.4. Confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle

Les bénéficiaires du secteur privé sont ceux qui n'ont pas assez confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle. Ils représentent 20% contre 8% de chaque catégorie de bénéficiaires du secteur (public, informel et désinscrits). Ces bénéficiaires justifient ce manque de confiance par le mauvais accueil des agents de caisses et de dépôts pharmaceutiques dans les formations sanitaires conventionnées, l'absence de noms sur les listes et le manque d'information sur certaines offres de la mutuelle ; ce qui les fait douter du mode de fonctionnement de la mutuelle.

Dans l'ensemble, 56% des interviewés affirment avoir confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle même si pour 44% d'entre eux, la mutuelle n'est pas une organisation de confiance. Ceux qui ont confiance, affirment qu'ils ont été pris en charge sans difficulté dans les formations sanitaires conventionnées, satisfaits de l'accueil des agents de la mutuelle et des traitements de demande de remboursement de la mutuelle.

II.2.5. Pouvoir d'achat des bénéficiaires

Le faible pouvoir d'achat est rapporté généralement par les bénéficiaires du secteur informel (22%) des interviewés, qui affirment ne pas être à mesure de payer régulièrement leurs cotisations du fait de leur revenu faible et irrégulier. Les 19% des bénéficiaires du public, 22% de ceux du privé et 15% des désinscrits pensent que le pouvoir d'achat n'est un frein à leur fidélité.

En général, le pouvoir d'achat n'est pas pour 59% des bénéficiaires interrogés une grande préoccupation. La plupart d'entre eux ne trouvent pas trop d'inconvénient pour le paiement des cotisations. Ils justifient cela, par le fait que la zone d'intervention de la mutuelle soit urbaine et qu'ils exercent au moins une activité soit de façon permanente ou soit de façon contractuelle. Aussi, le mode de paiement mensuel à la MSU/LB est un atout pour eux. Le reste des interviewés pensent que le faible niveau de leur revenu ou l'augmentation des cotisations est un frein à leur fidélité. Le tableau suivant présente la synthèse des facteurs de non fidélité des bénéficiaires de la MSU/LB permettant de vérifier nos hypothèses.

Tableau 8: Synthèse des facteurs de non fidélité des bénéficiaires et vérification des hypothèses

Désignation	Propos des interviewés relatifs aux variables retenus pouvant justifier leur infidélité	Conclusion concernant l'acceptation ou non d'une variable comme facteur explicatif de l'infidélité	Vérification des hypothèses
qualité des prestations de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais accueil des prestataires de soins - Non disponibilité de médicaments dans certains FSC - Les longues attentes dans les FCS 	<ul style="list-style-type: none"> - 56% trouvent que la qualité est mauvaise - 24% trouvent qu'elle doit être améliorée - 20% trouvent qu'elle est acceptable 	H1 : « La mauvaise qualité des prestations de soins offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB» est confirmée
Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Non prise en charge des médicaments de spécialités - Insuffisance de convention de soins - Absence de pharmacie conventionnée - Insuffisance de communication - Lenteur dans le traitement des dossiers de remboursement - Retard de transmission de carte 	<ul style="list-style-type: none"> - 82% disent être insatisfaits - 18% disent être satisfaits 	H2 : « L'insatisfaction vis-à-vis des prestations offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB» est confirmée
Confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des engagements - Manque d'information sur certaines offres 	<ul style="list-style-type: none"> - 56% disent avoir confiance à la structure - 44% disent que leur départ peut être expliqué par un manque de confiance 	H3 : « Le manque de confiance ne favorise pas la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB» est partiellement confirmée
Pouvoir d'achat	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'activité économique dans la ville - Mode de paiement des cotisations acceptables - Faibles revenus 	<ul style="list-style-type: none"> - 59% disent que le pouvoir d'achat ne peut pas justifier leur départ - 41% trouvent par contre que le pouvoir d'achat est un facteur qui pourrait expliquer le départ 	H4 : « Le faible pouvoir d'achat fait obstacle à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB» est partiellement confirmée
Autres raisons	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de solidarité - Dysfonctionnement de certains bureaux de section - La prise en charge par d'autres structures - la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations, - les départs hors de la zone d'intervention de la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - 40% disent ne pas tombé malade donc pas de raison de cotiser - 20% évoquent le dysfonctionnement des bureaux de section - 20% soulignent la prise en charge par d'autres structures - 10% évoquent la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations - 10% évoquent leur départ hors de la zone d'intervention de la mutuelle les affectations 	Néant

Source : les données de l'enquête

A l'issue de cette analyse, il est ressorti que plusieurs facteurs font obstacle à la fidélisation des bénéficiaires. Dès lors, nous essayerons de proposer une stratégie en vue de fidéliser ces bénéficiaires.

III. ESSAI DE PROPOSITION DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION

La MSU/LB, comme la plupart des autres mutuelles, rencontre des difficultés dans la fidélisation de ses bénéficiaires. Notre analyse de données et les observations dans la mutuelle nous ont permis de détecter ces difficultés auxquelles nous essayerons d'apporter quelques solutions à travers la proposition d'une stratégie de fidélisation. Cette stratégie s'articule autour de cinq axes : la qualité des prestations, la redynamisation des bureaux de section, la gestion de ressources humaines, le marketing de fidélisation et de communication et la recherche de partenariat.

III.1. La stratégie basée sur la qualité des prestations

La qualité des prestations, comme nous l'avons vu plus haut, joue un rôle crucial dans la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB. Il est donc important pour celle-ci de veiller à ce que cette qualité soit à la hauteur des attentes de ses bénéficiaires. Il est vrai qu'elle fait des efforts dans ce sens à travers la signature de vingt cinq (25) conventions de soins, la prise en charge de presque tous les examens, la non instauration de plafonnement des coûts de prestations, des sensibilisations dans les formations sanitaires et entreprises, etc. Néanmoins, beaucoup reste à faire, notamment dans le traitement des dossiers de remboursement (22% des interviewés évoquent cela), la prise en charge des spécialités et la négociation d'autres conventions de soins (64% des interviewés évoquent cela). Les plaintes des bénéficiaires par rapport à la couverture des produits sont considérables, c'est pour cela, nous préconisons aux responsables d'adapter les prestations aux besoins de ses bénéficiaires. Il s'agit de segmenter ses bénéficiaires et de fixer des cotisations en fonction des prestations (produits génériques et produits de spécialités) qui seront offertes à chaque segment sans pour autant se départir de ses principes de base. Cette stratégie sera plus avantageuse pour le traitement des factures, car l'option de remboursement des produits de spécialités au prix de leur générique, s'avère très difficile pour le gestionnaire étant donné qu'il n'est pas un agent de santé et aussi ne maîtrise pas les prescriptions d'ordonnance. Aussi, cette segmentation permettra à chaque bénéficiaire de choisir sa classe correspondant à une

cotisation précise et à une prestation équivalente. Cela pourrait encourager d'avantage les bénéficiaires à cotiser et à rester fidèle. Cette proposition pourra faire l'objet d'une étude de faisabilité.

Pour l'insuffisance de couverture en terme de formations sanitaires, la mutuelle devra redoubler d'effort pour la négociation de convention, surtout dans les secteurs reculés du centre ville, afin de permettre aux mutualistes de ces secteurs de réduire le coût de transport et d'être soigner le plus vite possible. Aussi, la lenteur dans le traitement des dossiers de remboursement des bénéficiaires devra être corrigée. Cela serait possible si les acteurs impliqués dans le traitement et le circuit de décaissement des fonds s'y mettent pour évacuer le plus vite ces remboursements. Ce qui augmenterait plus la confiance des mutualistes. De plus, pour l'absence de convention avec les pharmacies, elle devra entreprendre si possible des négociations de conventions en plus des dépôts existants.

Le mauvais comportement des prestataires de soins dans les formations sanitaires est l'une des difficultés majeures que les bénéficiaires rencontrent, et qui nuit à leur fidélisation. En effet, le mauvais accueil de ces prestataires à l'égard des bénéficiaires ne facilite pas le renouvellement des cotisations. Nous suggérons donc aux responsables de la mutuelle et aux partenaires financiers et techniques de renforcer les relations amicales avec ces prestataires de soins, afin de les amener à traiter les mutualistes avec plus de considération. De plus, la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) est une opportunité pour les responsables de la MSU/LB et des autres acteurs mobilisés, de se mettre en synergie pour défendre les valeurs de la mutualité auprès des autorités, afin de favoriser la prise en charge dans les centres sanitaires.

III.2. La stratégie basée sur la redynamisation des bureaux de sections de la MSU/LB

L'une des raisons de départ des bénéficiaires est le dysfonctionnement des bureaux de section (affirment 20% des désinscrits). Les bureaux de section représentent la mutuelle dans les organisations socioprofessionnelles. Les membres de ces bureaux enregistrent des adhésions, collectent les droits d'adhésion et de cotisations des membres et sensibilisent. Ils participent à alléger le travail des agents de l'unité de gestion. Cependant, ces membres manquent de motivation pour exécution de leur tâche, ce qui a entraîné le désengagement de certains. Pour ce fait, nous recommandons aux responsables la visite des bureaux de section et le renouvellement des membres. Après cela, les responsables devront envisager de mettre en place une stratégie de

motivation des membres de bureau. Cette stratégie de motivation pourrait être : une remise de dons (en numéraire ou en nature), une initiative de pot de fin d'année, une prise en charge gratuite pour une année donnée, une attestation de reconnaissance, etc. Ces avantages ne seraient mettre en cause les principes de la mutuelle, bien au contraire, ils permettront de renforcer les relations avec ces membres du bureau. Partant de là, d'encourager ceux-ci à bien mener le travail qui leur est confié.

Par ailleurs, la mutuelle aidée par les membres de bureau de section, pourra organiser des causeries avec les bénéficiaires pour les écouter car l'écoute joue un rôle très important dans la fidélisation. Pour les entreprises où il est difficile d'organiser des causeries, il est possible avec l'appui des membres de section, de négocier auprès des responsables, ne serait que 10 à 15 minutes, lors des cérémonies de fin d'année pour passer un message de reconnaissance aux mutualistes. Ce geste renforcera d'avantage la confiance des mutualistes.

III.3. La stratégie basée sur la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est l'une des préoccupations majeure pour les responsables d'entreprise. En effet, une entreprise ne serait efficace que lorsqu'elle dispose des ressources matérielles et financières, mais de ressources humaines performantes capables de répondre de façon optimale aux objectifs de celle-ci. Etant donné son caractère d'organisation à grand échelle et disposant de seulement deux agents permanents, la MSU/LB n'arrive pas à répondre de façon efficace aux attentes de ses mutualistes. En effet, 22% des bénéficiaires évoquent la lenteur dans le traitement des demandes de remboursement et le retard dans la confection des cartes de membres qui pourrait se justifier selon nos observations dans la mutuelle par un manque de personnel ou un manque de motivation des agents de l'unité de gestion. Dès lors, nous préconisons d'abord aux responsables, le recrutement de personnel, ayant la culture d'entreprise pour renforcer l'équipe de l'unité de gestion. Ensuite, le recrutement de stagiaires (animateurs) via le Programme Spéciale de Création d'Entreprise (PSCE) pour faciliter le travail sur le terrain. Enfin, la mutuelle doit revoir la motivation du personnel par des visites des membres du CA pour au moins une fois chaque trois mois pour constater les conditions de travail à l'unité de gestion.

III.4. La stratégie basée sur le marketing de fidélisation et de communication

Le marketing de fidélisation est une démarche utilisée par les entreprises pour atteindre et garder leurs clients. A la MSU/LB, il n'existe pas de service marketing à proprement dit, chargé de suivre les bénéficiaires et les encourager à cotiser comme dans certaines mutuelles (MUNASEB). Il est vrai que la mutuelle soit une association, mais elle a besoin de marketing relationnel pour convaincre et retenir ses bénéficiaires. Il faut plus d'actions pour attirer l'attention des mutualistes. Comme actions, nous pouvons citer l'organisation des journées portes ouvertes où les meilleurs bénéficiaires seront récompensés à l'aide des gadgets MSU/LB, qui serviront de matériels de sensibilisation ou encore la transmission des mots de reconnaissance (exemple : « votre mutuelle vous souhaite bonne fête de... et vous remercie pour votre fidélité » ou encore « bonjour, votre mutuelle vous souhaite meilleure santé ») à travers des SMS ou des emails. Cette dernière action pourrait s'inscrire dans les objectifs de partenariat entre la mutuelle et les réseaux de télécommunication en cours. La communication est aussi le meilleur moyen pour fidéliser les bénéficiaires. Nombré B. (2011) a montré que les matériels et canaux de communication (spots et émissions télé, pancartes, dépliants, radio et presses écrites) utilisés par la MSU/LB sont adaptés au public cible pour accroître le taux d'adhésion. De ce fait, la MSU/LB devra intensifier sa communication en utilisant ces canaux, en particulier la télé pour ses assemblées générales, non seulement pour augmenter sa visibilité, mais également pour accroître d'avantage sa crédibilité vis-à-vis de ses membres.

III.5. La stratégie basée sur la recherche de partenariat

La MSU/LB étant une organisation purement sociale, et dont les ressources internes sont insuffisantes pour répondre aux besoins de marketing, il est important pour elle d'envisager des stratégies de recherche de partenaires financiers en plus du RAMS/BF. En effet, la mutuelle bénéficie de l'appui technique et financier du RAM/BF depuis sa création, mais comme le stipule le principe de non satiété : *'plus est mieux'* donc elle ne perd rien si elle diversifie ses partenaires financiers. Aujourd'hui, Nous constatons que le domaine de la santé est un domaine qui intéresse les bailleurs de fonds ; ce qui est une opportunité pour la mutuelle. Pour cela, nous recommandons si possible la création d'un site web propre à la MSU/LB où seront publiés les acquis, les difficultés et les perspectives, afin de se faire connaître et d'attirer des bailleurs de fonds. Cette recherche de partenariat permettra de résoudre un peu les difficultés financières

évoquées par les responsables lors de notre passage dans la mutuelle, et qui limitent les activités de marketing et de communication, mais également de recrutement de personnel et de motivation des membres des bureaux de section, etc.

Toutes ces stratégies découlent en partie des difficultés évoquées par les bénéficiaires lors de nos enquêtes. Les tableaux suivant font l'état de ces difficultés.

Tableau 9: Récapitulatif des principaux obstacles à la fidélisation et des stratégies proposées

Désignation	Propos des interviewés relatifs aux facteurs retenus pouvant justifier leur infidélité	Stratégies de fidélisation relatives à chaque obstacle à la fidélisation
qualité des prestations de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais accueil des prestataires de soins - Non disponibilité des médicaments dans certains FCS - Les longues attentes devant les caisses et dépôts des FCS 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accueil par le renforcement des relations amicales entre la MSU/LB et ses prestataires de soins. - Former et rappeler régulièrement les gérants de caisse et de dépôt sur les outils de la mutuelle surtout la lecture des noms sur les listes
Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de couverture en termes de formations sanitaires - Mauvais accueil - Non prise en charge des spécialités - Absence de convention avec des pharmacies - Lenteur dans le traitement des dossiers de remboursement - Retard dans la transmission des cartes - Insuffisance de communication - Suspension de certaines prestations de soins dans certaine FSC 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la couverture par la signature de nouvelles conventions de soins - Segmenter les bénéficiaires - Fixer des cotisations en fonction des prestations - Entreprendre des négociations de conventions avec des pharmacies - Recruter et motiver le personnel - Recherche de partenaires financiers - traiter dans des courts délais les dossiers de remboursement - Intensifier la communication - lever le plus vite possible la suspension
Confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information sur certaines offres et activités de la mutuelle - Absence de noms sur les listes 	<ul style="list-style-type: none"> - Informer suffisamment avant et après l'adhésion sur les offres et activités de la mutuelle - S'assurer de la saisie de tous les noms sur les listes avant de les déposer dans les FSC
Pouvoir d'achat	<ul style="list-style-type: none"> - Faible revenu 	Segmenter les bénéficiaires
Autres raisons	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement de certains bureaux de section - Manque de solidarité entre les mutualistes - des départs des bénéficiaires hors de la zone d'intervention de la mutuelle, - la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redynamiser les bureaux de section par la motivation des membres - Mettre en place un service marketing - Sensibiliser d'avantage sur la solidarité basée sur la prévoyance - Envisager le paiement des cotisations par le biais de Airtel money

Source : les données de l'enquête

Ce tableau retrace toutes les variables pouvant expliquer l'infidélité des bénéficiaires de la MSU/LB et les stratégies nécessaires pour réduire cette infidélité.

Difficultés et limite de l'étude

Dans la réalisation de cette étude, nous avons rencontré des difficultés liées à la documentation sur le thème de fidélisation des clients dans une mutuelle de santé. Nous nous sommes donc contentés des documents qui ont traités de la fidélisation des clients de façons générale que nous avons adaptés à notre étude.

La collecte des données n'a pas été chose facile, certains rendez-vous n'ont pas pu être respectés par les bénéficiaires que nous avons dû relancer à mainte reprise. Aussi, il a été difficile pour nous de rencontrer les bénéficiaires désinscrits qui étaient réticents à répondre à notre appel; ce qui ne nous a pas permis d'interroger bon nombre d'entre eux. A cela s'ajoutent les difficultés financières car certains interviews ont été effectué par appels téléphoniques.

Conscient des insuffisances de cette étude, nous souhaiterions qu'une autre étude mais cette fois quantitative vienne valider nos résultats qualitatifs.

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, il a été question d'analyser les facteurs explicatifs du départ des bénéficiaires. Il ressort que tous les facteurs retenus de l'étude n'expliquent pas ce départ, et qu'il existe d'autres facteurs tels que le manque de solidarité entre les membres, la prise en charge par d'autres structures, etc. La méthode utilisée pour cette étude a été l'analyse de contenu thématique. Cette analyse a été possible grâce à une grille qui a permis de faire d'abord, une analyse verticale et ensuite une analyse horizontale. Ces différentes analyses ont permis de détecter des difficultés liées à la fidélisation des bénéficiaires à partir desquelles les solutions ont été proposées.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette étude était de déterminer les obstacles à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB, afin de proposer une stratégie permettant de les retenir.

La méthodologie utilisée dans cette étude nous a permis de constater que le départ des bénéficiaires serait causé par des facteurs liés à la qualité des prestations de soins et aux facteurs liés à la satisfaction. Pour ce qui concerne la qualité des prestations de soins, les bénéficiaires (56%) ont trouvé qu'elle est mauvaise tandis que 20% d'entre eux ont estimé qu'elle est acceptable. Pour le reste (24%), la qualité est à améliorer. Ce qui confirme l'hypothèse1 selon laquelle **« la mauvaise qualité des prestations de soins offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB »**.

Quant à la satisfaction, la plupart des interviewés (82%) ont affirmé être insatisfaits et que le niveau était à revoir surtout la prise en charge des médicaments de spécialités, la signature de nouvelles conventions de soins et l'intensification de la communication. Ce qui confirme l'hypothèse2 : **« l'insatisfaction vis-à-vis des prestations offertes explique le départ des bénéficiaires de la MSU/LB »**.

Les résultats de l'étude ont montré également que 56% des interviewés ont confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle. Pour eux, la mutuelle fait des efforts en respectant ses engagements dans la prise en charge des prestations citées lors de leur adhésion, donc leur départ ne pourrait s'expliquer par un manque de confiance. Cependant, 44% n'ont pas suffisamment confiance. Ce qui confirme partiellement l'hypothèse 3 : **« le manque de confiance ne favorise pas la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB »**.

Pour ce qui est du pouvoir d'achat, les bénéficiaires (59%) ont trouvé que le niveau de revenu ne pourrait freiner leur fidélisation à la mutuelle. Ils justifient cela par le développement de l'activité économique dans la ville de Ouagadougou et le mode de paiement des cotisations acceptable à la mutuelle. Cependant, 41% des bénéficiaires ont souligné le contraire. Ce qui confirme partiellement l'hypothèse 4 : **« le faible pouvoir d'achat fait obstacle à la fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB »**.

Il ressort de l'entretien avec les bénéficiaires désinscrits qu'il y a d'autres raisons qui expliquent la faible fidélisation des bénéficiaires de la MSU/LB. Il s'agit notamment des départs des bénéficiaires hors de la zone d'intervention de la mutuelle, du manque de solidarité entre les membres, de la non proximité d'un dispositif de collecte des cotisations, l'insuffisance de communication de la mutuelle vers les bénéficiaires et le dysfonctionnement de certains bureaux de section pour ceux qui y étaient.

Les résultats obtenus nous ont permis de proposer une stratégie permettant de réduire les obstacles à fidélisation des bénéficiaires. Cette stratégie est structurée autour de cinq axes : la qualité des prestations, la redynamisation des bureaux de section, la gestion de ressources humaines, le marketing de fidélisation et de communication et la recherche de partenariat. En plus de cette stratégie, nous souhaiterions faire d'autres recommandations à l'endroit de la mutuelle.

- Nous recommandons que toutes les propositions faites plus haut dans la stratégie soient prises en compte dans les programmes d'activité de la mutuelle,
- Nous recommandons qu'en plus des comptes existants, la mutuelle ait un compte dans le réseau des caisses populaires, qui est une l'institution connue et représentée dans la plupart des secteurs de la ville pour faciliter la collecte,
- Nous suggérons le paiement des cotisations par virement bancaire pour les bénéficiaires qui le souhaitent,
- Nous suggérons de procéder à des séances de formation et de mise à niveau annuelles des prestataires de soins dans toutes les formations sanitaires et multiplier des cadres de concertations avec celles-ci.

Toutes ces recommandations doivent servir à améliorer les prestations de la mutuelle, à renforcer la fidélité de ses bénéficiaires et à assurer sa pérennité.

En définitive, il paraît nécessaire pour toute entreprise de veiller à ce que ses clients lui soient fidèles et ce, quelque soit le domaine d'activité ou le type de produit concerné.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

AKTOUF Omar, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les presses de l'Université du Québec, 1992, 213p.

AMINE Abdelmajid, *le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing*, Edition Management et société, Paris, 1999, 217p.

ANMC/BIT-ACOPAM/WSM, *Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique*, Première édition, Dakar, 1996, 164p.

DICK.A, et K. BASU, *Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework*, Journal of the academy of marketing science, 1994, 413p.

JONES Thomas O. et Earl W. SASSER, *Why satisfied customers defect*, Harvard Business Reviews, 1995, 295P.

KRIPPENDORFF Klaus, *Content analysis: an introduction to its methodology*, Second edition, University of Pennsylvania, Sage publications, 2003, p.18-96.

LEHU Jean-Marc, *Stratégie de fidélisation*, Edition d'organisation, 2eme édition, Paris, 2003, 454p.

ROMELAER Pierre, *Mangement des ressources humaines : Méthode de recherche en sciences humaines et sociales*, Bruxelles, 2005, 350p.

WACHEUX F., *Méthodes qualitative et recherche en gestion*, Economica, 1996, 290 p.

WAEKENS Maria-Pia et CRIEL Bart, *Les mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne. Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique, 2004, 178 p.

Mémoires, Rapports et Articles

DEFOURNY Jacques et FAILON Julie, *les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques*, Article publié dans la revue Health Policy du 9-12 juillet 2008. 6p.

JAHAN Xavier, *La fidélisation des jeunes adultes dans l'assurance automobile*, Essai présenté en vue de l'obtention du titre de Maître en Administration des Affaires (M.B.A), Université LAVAL, Août 2003, 206p.

MEZOUAR Mohammed Amine, *Fidélisation de la clientèle dans les assurances*, Mémoires en science de gestion ; Option marketing, Université ABOU-BEKR BELKAID- TLEMCEN en Tunisie, Année universitaire 2011-2012. 204p.

Ministère de la Santé au Burkina Faso, *Rapport de l'étude sur les schémas de financement communautaire de la santé au Burkina Faso*, 2005, 84p.

MORESTIN Florence et RIDDE Valéry, *Comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé en Afrique? Un aperçu des stratégies possibles*, Université de Montréal, Juillet 2009, 8p.

MOULINS Jean-Louis, PHAN Kim Ngoc et al. , *De la qualité de service à la fidélisation des clients : une investigation sur le secteur bancaire au Vietnam*, 2010, 20p.

NOMBRE Boureima, *Stratégie de communication dans une mutuelle de santé : cas de la Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré*, Mémoire de maîtrise, Septembre 2011, 86p.

PASQUET Laure, *La fidélisation des membres des Caisses Desjardins avant et après la réingénierie : une approche relationnelle?* Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade maître ès science (M.SC), Université de Montréal, Septembre 1998, 141p.

RAMS/BF, *Rapport final de l'étude : disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les centres de santé conventionnés avec les mutuelles de santé au Burkina-Faso*, avril 2011, 81p.

RENAUD Jean-Sébastien, *validation de la théorie de fidélisation du consommateur de OLIVER (1980,1997)*, Collection Mémoire et thèse électronique, Université Laval, 2005.

SIRIEIX Lucie et DUBOIS Pierre-Louis, *Vers un modèle qualité satisfaction intégrant la confiance*, Recherche et application en Marketing, vol14, No 3, 1999, P. 1-22. http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2008_cp/Materiali/Paper/Fr/Boyer_Nefzi.pdf (consulter le 22 Avril 2014).

SOME Mathias, *Vers l'élaboration d'un cadre stratégique du développement des mutuelles de santé au Burkina Faso*, Avril 2008, 22p.

TEMESSEK Azza et TOUZANI Mourad, *une approche intégrative pour l'étude des antécédents de la fidélité à la marque*, colloque ATM (Association Tunisienne de Marketing), 2004, 26p.

TIROUDA W. Rahinatou, *Les déterminants de la fidélité des clients dans une banque : cas de Coris Bank International (CBI)*, Présenté en vue de l'obtention de la Maitrise en Science de Gestion (MSG), Université de Ouagadougou, Année académique 2011-2012, 80p.

TRINQUECOSTE Jean-François, *Fidéliser le consommateur : un objectif marketing prioritaire*, Décision Marketing, No 7 ; Janvier-avril, 1996, p.17-23. <http://www.editions-ems.fr/revues/decisions-marketing/numero revue/33-decisions-marketing-n-7.html> (consulter le 16 Mai 2014).

TURCOTTE-TREMBLAY Anne Marie, HADDAD Slim et al. , Rapport de recherche, *Mutuelle de Santé : stratégie pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Benin*, CHUM, AIMS, 2010, 57p.

UEMOA, *Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA*, le conseil des ministres, Ouagadougou, 2008, 26 p.

UEMOA, *Note descriptive annexe relative aux modalités de détermination ou de calcul des indicateurs et ratios prudentiels*, Mai 2013, 19p.

ZETT Jean-Baptiste, *Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso*, BIT/STEP, WSM/ANMC, GTZ/Assurance maladie, PHR et AIM, version provisoire, Ouagadougou, 2000, 50 p.

ZETT Jean-Baptiste et BATIONO Fernand, *Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso* , version finale, ASMADE, Ouagadougou, 2011, 105 p.

ZONGO Alassane, *Problématique de l'adhésion des membres des organisations socioprofessionnelles de la ville de Ouagadougou à la Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré : cas des organisations membres fondateurs de la mutuelle*, Mémoire présenté en vue de l'obtention de la Maîtrise en Economie et de Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES), février 2010, 56p.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENT.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
SOMMAIRE.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE1: REVUE DE LITTERATURE SUR LA FIDELISATION DU CONSOMMATEUR	6
I. LE CONCEPT DE FIDELISATION DU CONSOMMATEUR	6
I.1. Définition de fidélisation du consommateur	6
I.2. Les approches de la fidélisation.....	7
I.3. Les formes de fidélisation	8
II. LES FACTEURS DE LA FIDELISATION DES CONSOMMATEURS	9
II.1. Les antécédents de la fidélisation : une divergence d’opinions	9
II.2. Les facteurs de fidélisation des bénéficiaires dans une mutuelle de santé	13
II.3. Le modèle de fidélisation du consommateur de Oliver	19
III. PROCESSUS DE FIDELISATION ET MARKETING RELATIONNEL.....	20
III.1. Processus de fidélisation	20
III.2. Le marketing relationnel	22
CHAPITRE 2 : GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES ET PRESENTATION DE LA MSU/LB	24
I. GENERALITE SUR LES MUTUELLES SOCIALES AU BURKINA FASO.....	24
I.1. Définition, principes et typologie des mutuelles sociales	24
I.2.Cadre juridique des mutuelles sociales au Burkina Faso.....	28
I.3. La nouvelle politique de l’Etat en faveur des mutuelles sociales	29
II. PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE URBAINE « LAAFI BAORE » (MSU/LB) .	30
II.1. Historique de la MSU/LB.....	30
II.2. But et les structures membres de la mutuelle	31

II.3. Instances et organes de la MSU/LB.....	32
II.4. Conditions d'adhésion et conditions de prise en charge	34
II.5. Collecte des cotisations et mode de paiement des prestations	35
II.6. Les formations sanitaires conventionnées	36
II.7. Les partenaires de la MSU/LB.....	37
CHAPITRE3: METHODOLOGIE DE RECHERCHE, ANALYSE DES RESULTATS ET ESSAI DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION.....	39
I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	39
I.1. L'échantillonnage	40
I.2. La collecte de données.....	41
I.3. L'analyse des données.....	42
II. ANALYSE DES RESULTATS	43
II.1. Analyse verticale	43
II.1.1. Les bénéficiaires présents	44
II.1.1.1. Les bénéficiaires du secteur public	44
II.1.1.2. Les bénéficiaires du secteur privé.....	45
II.1.1.3. Les bénéficiaires du secteur informel	46
II.1.2. Les bénéficiaires désinscrits	47
II.2. Analyse horizontale	48
II.2.1. Qu'est ce qui pourrait expliquer votre départ à la MSU/LB ?.....	48
II.2.2. Qualité des prestations de soins	49
II.2.3. Satisfaction des bénéficiaires.....	49
II.2.4. Confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la mutuelle	50
II.2.5. Pouvoir d'achat des bénéficiaires.....	51
III. ESSAI DE PROPOSITION DE LA STRATEGIE DE FIDELISATION.....	53
III.1. La stratégie basée sur la qualité des prestations	53
III.2. La stratégie basée sur la redynamisation des bureaux de sections de la MSU/LB.....	54
III.3. La stratégie basée sur la gestion des ressources humaines	55
III.4. La stratégie basée sur le marketing de fidélisation et de communication	56
III.5. La stratégie basée sur la recherche de partenariat	56
CONCLUSION GENERALE.....	59

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
TABLE DES MATIERES.....	I
Annexe1 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX BENEFICIAIRES.....	IV
Annexe2 : GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU.....	IV
Annexe3 : CODIFICATION.....	V
Annexe4 : ORGANIGRAMME DE LA MSU/LB.....	VI

Annexe1 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX BENEFICIAIRES

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de cycle pour le diplôme de Maitrise en Economie de Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES), nous effectuons une recherche sur la fidélisation des bénéficiaires de la Mutuelle de Santé Urbaine "Laafi Baoré". Ainsi, l'obtention de votre avis sur la mutuelle nous est indispensable pour mener à bien notre étude. De ce fait, Nous vous prions de nous accorder quelques minutes de votre temps pour répondre à quelques questions. Par ailleurs, nous vous remercions d'avance pour votre bonne collaboration et vous assurons de la confidentialité de nos propos.

Identification

- Pouvez nous dire ce que vous faites comme activité ?
- Depuis combien de temps êtes-vous adhérent de la mutuelle ?
- Combien de personne avez-vous à votre charge ?

Question principale :

Qu'est ce qui pourrait expliquer votre départ à la mutuelle de santé urbaine Laafi Baoré (MSU/LB)?

Thème 1 : Qualité des prestations de soins

Que pensez-vous de la qualité des prestations de soins à la MSU/LB?

Thème2 : Satisfaction des bénéficiaires

Estes-vous satisfait des prestations de la MSU/LB?

Thème3 : Confiance aux responsables et mode de fonctionnement de la mutuelle

Avez-vous confiance aux responsables et au mode de fonctionnement de la MSU/LB?

Thème4 : Pouvoir d'achat des bénéficiaires

Pensez-vous que votre pouvoir d'achat pourrait freiner votre fidélisation à la MSU/LB ?

Merci pour votre collaboration.

Annexe2 : GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU

Enquêtés	BENEFICIAIRES PRESENTS																		BENEFICIAIRES DESINSCRITS					Total horizontal		
	Bénéficiaires du secteur public						Bénéficiaires du secteur privé								Bénéficiaires du secteur informel				1	2	3	4	5			
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	25
Thème: qu'est ce qui pourrait expliquer votre départ à la MSU/LB ?																										
QP	ab c	ab	bc	ab	bd	ab	b	ac	ac d	ac	ab	ac	ac	abd	bcd	d	abc d	d	abd	a	bce	abe	abe	abd e	abc e	17a, 18b, 11c, 9d, 5e
Thème1 : qualité des soins																										
Q1	a	a	a	b	c	a	a	c	b	c	a	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	c	a	c	a	14a, 5b, 6c
Thème1 : satisfaction des bénéficiaires																										
Q2	b2 b3	b1	a	b3	a	b1	a	b1	b1	b1 b2	b1	b1	b1	b1	b2 b3	a	b1 b2 b3	a	b2	b1	a	b2	b2	b1	b1, b3	6a, 13b1, 8b2, 7b3
Thème3 : confiance																										
Q3	b	a	b	a	a	a	a	b	b	b	a	b	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	14a, 11b
Thème4 : et pouvoir d'achat des bénéficiaires																										
Q4	b	b	b	b	a1 a2	b	b	b	a2	b	b	b	b	a1	a1	a2	a2	a2	a1 a2	b	b	B	b	a2	b	4a1, 7a2, 16b
Total vertical	QP : 4a, 6b, 2c, 1d Q1 : 4a, 1b, 1c Q2 : 2a, 2b1, 1b2, 2b3 Q3: 4a, 2b Q4: 1a1, 1a2, 5b						QP: 6a, 4b, 5c, 2d Q1: 3a, 2b, 3c Q2: 1a, 7b1, 2b2, 2b3 Q3: 3a, 5b Q4: 1a1, 1a2, 6b								QP: 3a, 3b, 2c, 5d Q1:4a, 2b Q2: 2a, 2b1, 3b2, 2b3 Q3: 4a, 2b Q4: 2a1, 4a2, 1b				QP : 4a, 5b, 2c, 1d, 5e Q1 : 3a, 2c Q2 : 1a, 2b1, 2b2, 1b3 Q3 : 3a, 2b Q4 : 4b, 1a2							

Annexe3 : CODIFICATION

QP : Question principale: Qu'est ce qui pourrait expliquer votre départ à la MSU/LB ?

a = Insatisfaction

b = Mauvaise qualité des prestations

c = Manque de confiance

d = Faible pouvoir d'achat

e = Autres

Thème1 : Q1= que pensez-vous de la qualité des prestations de soins à la MSU/LB ?

a = mauvaise

b = acceptable

c = à améliorer

Thème 2: Q2= estes-vous satisfait des prestations de la MSU/LB ?

a = oui

b = non, (b1=insatisfait de la couverture des produits et des formations sanitaires, b2= insatisfait du comportement des prestataires de soins, b3= insatisfait du traitement des demandes de remboursement, de la transmission des cartes de membres et de la communication au sein de la mutuelle)

Thème 3 : Q3= avez- vous confiance aux responsables et mode de fonctionnement de la MSU/LB ?

a= oui

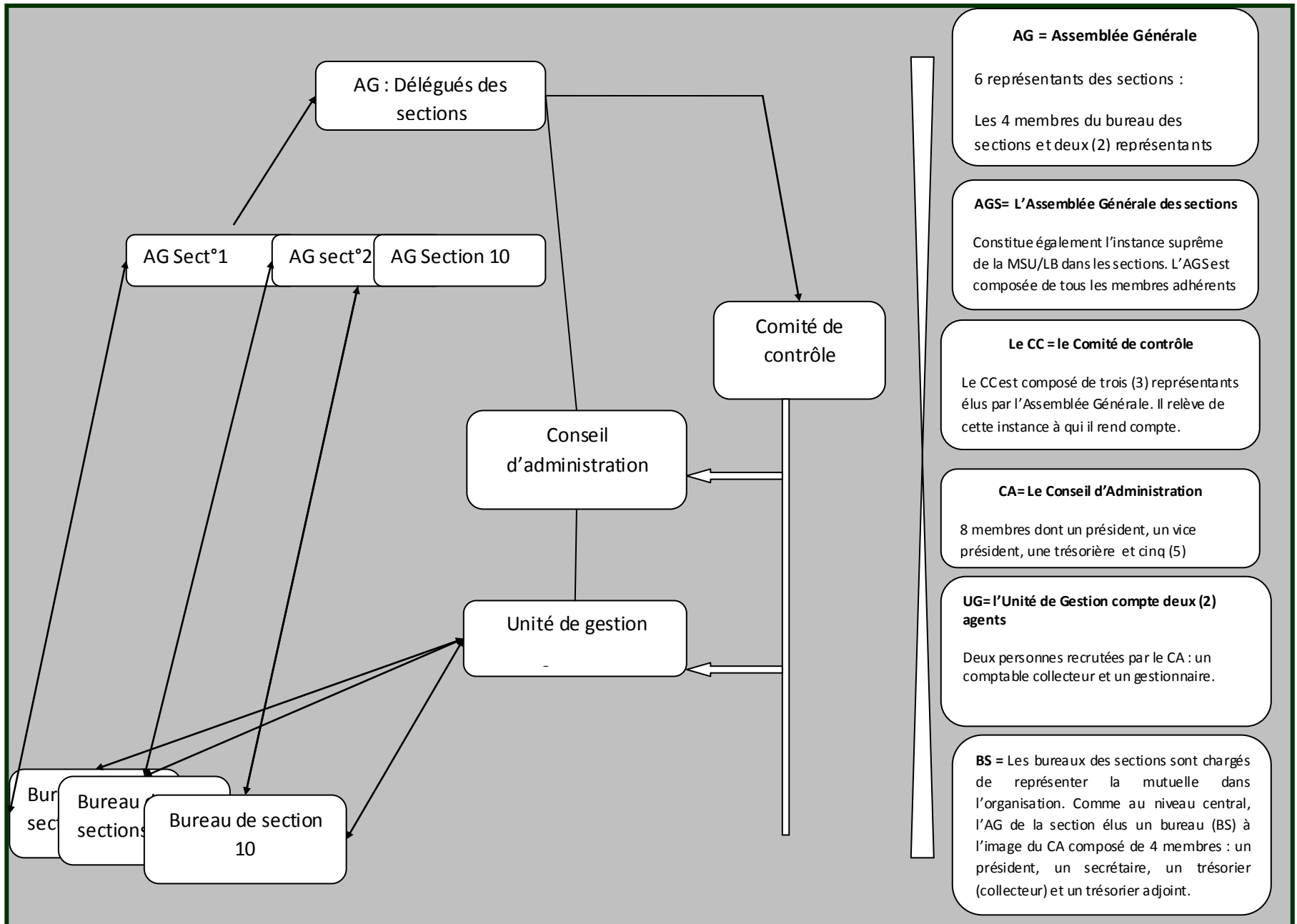
b= non (b1= aux responsables, b2= au mode de fonctionnement)

Thème4 : Q4 : pensez-vous que votre pouvoir d'achat pourrait freiner votre fidélisation à la MSU/LB ?

a= oui, (a1= si les cotisations augmentent, a2= si le revenu baisse)

b=non

Annexe4 : ORGANIGRAMME DE LA MSU/LB



AG = Assemblée Générale

6 représentants des sections :
Les 4 membres du bureau des sections et deux (2) représentants

AGS= L'Assemblée Générale des sections

Constitue également l'instance suprême de la MSU/LB dans les sections. L'AGS est composée de tous les membres adhérents

Le CC = le Comité de contrôle

Le CC est composé de trois (3) représentants élus par l'Assemblée Générale. Il relève de cette instance à qui il rend compte.

CA= Le Conseil d'Administration

8 membres dont un président, un vice président, une trésorière et cinq (5)

UG= l'Unité de Gestion compte deux (2) agents

Deux personnes recrutées par le CA : un comptable collecteur et un gestionnaire.

BS = Les bureaux des sections sont chargés de représenter la mutuelle dans l'organisation. Comme au niveau central, l'AG de la section élut un bureau (BS) à l'image du CA composé de 4 membres : un président, un secrétaire, un trésorier (collecteur) et un trésorier adjoint.