



DEPARTEMENT SANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Diplôme Supérieur en économie de la santé

Première

Promotion

THEME

ETUDE SUR LES CAPACITES DES
MUTUELLES DE SANTE DU
SENEGAL A ASSURER UNE
MEILLEURE ACCESSIBILITE
FINANCIERE AUX SOINS

Bibliothèque du CESAG



108248

Présenté et Soutenu par :
Docteur Bocar Mamadou DAFF
Médecin de santé publique
Stagiaire en D.S.E.S.

Sous la direction de :
Docteur CHRIS ATIM Ph.D
Regional Advisor
PHR/ Aht Associates Inc.

M0003DSES00

MAL 2000

1



DEDICACES

A Madame DAFF MAIRAM BOCOUM
Merci pour ta très grande compréhension

A mes enfants

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LAURENCE CODJA, Chef du Département Santé

Votre rigueur méthodologique a largement contribué à l'amélioration de ce travail.

Monsieur le Professeur MENA MO, Responsable du programme D.S.E.S.

*Nous avons toujours trouvé au près de vous une oreille attentive.
Votre disponibilité constante et vos propos toujours convaincants nous ont rassurés dans les moments difficiles.*

A Monsieur le professeur CHRIS ATIM

*Nous avons découvert en vous la grande courtoisie, la modestie et la vision toujours positive du monde.
En acceptant de diriger ce travail vous nous faites l'honneur de nous compter parmi vos élèves.*

A Monsieur le professeur ISSAKHA DIALLO, Directeur de l'I.S.E.D. (UCAD)

*Vous avez spontanément accepté de siéger à notre jury.
Vous avez toujours conservé votre disponibilité légendaire malgré vos nombreuses responsabilités.*

Aux Autorités du Ministère de la santé de la République du Sénégal pour m'avoir permis de faire cette précieuse formation et de la mener à bien.

A Monsieur Baïla Wane Directeur de la CAMICS pour son soutien constant.

Aux responsables du GRAIM, de la coordination régionale des mutuelles de THIES et de la coordination diocésienne des mutuelles de THIES. C'est avec votre concours précieux que ce travail a été réalisé.

A l'ensemble du personnel du projet PHR

A l'ensemble du corps enseignant et le personnel du CESAG

A l'ensemble des stagiaires de la promotion du DSES et DSGS

ABREVIATIONS

ASC	Association sportive et culturelle
CAMICS	Cellule d'appui aux Mutuelles, aux IPMs et aux comités de santé
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CPN	Consultation prénatale
DMS	Durée moyenne de séjour
FAFS	Fédération des associations de femmes du Sénégal
FAR	Femme en âge de reproduction
GPF	Groupement de promotion féminine
GRAIM	Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information, Education, Communication
IPM	Institution de Prévoyance maladie
IRA	Insuffisance respiratoire aiguë
JH	Journée d'hospitalisation
PAS	Plan d'ajustement structurel
PNC	Programme de nutrition communautaire
PNDS	Plan national de développement sanitaire et social
PS	Poste de santé
SMIG	Salaire minimum indiciaire général
SPC	Soins primaires curatifs
SSP	Soins de santé primaire
TOM	Taux moyen d'occupation (des lits)

ABREVIATIONS

ASC	Association sportive et culturelle
CAMICS	Cellule d'appui aux Mutuelles, aux IPMs et aux comités de santé
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CPN	Consultation prénatale
DMS	Durée moyenne de séjour
FAFS	Fédération des associations de femmes du Sénégal
FAR	Femme en âge de reproduction
GPF	Groupement de promotion féminine
GRAIM	Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information, Education, Communication
IPM	Institution de Prévoyance maladie
IRA	Insuffisance respiratoire aiguë
JH	Journée d'hospitalisation
PAS	Plan d'ajustement structurel
PNC	Programme de nutrition communautaire
PNDS	Plan national de développement sanitaire et social
PS	Poste de santé
SMIG	Salaire minimum indiciaire général
SPC	Soins primaires curatifs
SSP	Soins de santé primaire
TOM	Taux moyen d'occupation (des lits)

	<u>PAGE</u>
I INTRODUCTION GENERALE	2
II CADRE DE L'ETUDE	4
1 Les indicateurs de santé	6
2 La politique nationale de santé	7
3 Le financement du secteur de la santé au Sénégal	8
• Les institutions de prévoyance maladie	8
• La protection sociale des retraités	8
• Le régime des fonctionnaires et assimilés	9
• L'assurance maladie privée	9
• Les mutuelles de santé	9
III PRESENTATION DU PROBLEME	13
IV OBJECTIFS	22
V HYPOTHESES DE RECHERCHE	24
VI METHODOLOGIE	27
VII PRESENTATION DES RESULTATS	41
VIII DISCUSSION	68
IX RECOMMANDATIONS	72
X CONCLUSION	77
XI BIBLIOGRAPHIE	79
XII ANNEXES	83

CESAG

I. INTRODUCTION

BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La mise en place des mutuelles de santé vise à financer les dépenses de santé des populations par le partage volontaire et solidaire des risques facilitant ainsi un accès confortable aux soins de santé. Pour l'Etat, les services de santé disposent d'un mécanisme supplémentaire de mobilisation des ressources de la communauté qui en assure la gestion démocratique au niveau le plus décentralisé. De nombreuses discussions subsistent quant aux potentialités réelles de ces mutuelles à assurer l'accessibilité aux soins. Cette étude se propose de fournir des éléments de réponse à partir d'une enquête menée auprès des dirigeants, des membres des mutuelles et des prestataires de soins de leur zone d'évolution. Pour mieux appréhender la capacité des mutuelles à assurer une accessibilité financière aux soins la démarche proposée consiste à déterminer les prestations prioritaires, leurs coûts de revient dans chaque mutuelle et le poids de cette dépense sur le revenu des mutualistes. Les résultats fournis serviront de point de départ pour une analyse future plus approfondie. Ils permettent de dégager les axes d'orientation pour une implication plus large des différentes couches de la population non encore couverte par un système d'assurance maladie en raison de leur faible niveau de revenu.

II. CADRE DE L'ETUDE

CADRE DE L'ETUDE

Le région de THIES , vaste de 6610 Km² soit 3,32 % de la superficie du Sénégal est limitée à l'Est par les régions de DIOURBEL et de FATICK ; à l'Ouest par la région de Dakar et l'océan Atlantique ; au Nord par la région de LOUGA et au Sud par la région de FATICK.

Du point de vue administratif la région de THIES comprend 3 départements, 10 communes, 10 arrondissements et 31 communautés rurales.

La population totale est estimée à 1310000 habitants avec une densité moyenne de 199 habitants/km² et un taux de croissance de 2,72%. Les principales caractéristiques démographiques sont la prédominance de la frange jeune dont les moins de 20 ans représentent 60% des habitants de la région et celle des femmes représentant 52 % de la population.

Les populations vivant respectivement en milieu rural ; urbain et périurbain représentent 61 % et 39%. La taille moyenne des ménages est de 8 personnes et 17 % de ces ménages sont dirigés par des femmes.

A l'image du reste du pays, 71% des revenus se retrouvent entre les mains de 40% de la population urbaine tandis que les ruraux (60%) se partagent les 29 % restants. Le PNB est 529 \$US depuis la dévaluation alors que le taux d'accroissement passe de 1,2 % à 5%.

Le principal secteur d'activité reste l'agriculture suivie de la pêche et du tourisme. Le secteur de l'informel est très dynamique et concerne 60% des actifs de la région mais sa part dans la valeur ajoutée très peu maîtrisée. Le taux de chômage et de sous emploi est de l'ordre 24%

La mobilité entre les secteurs formel et informel n'est pas non plus bien cernée. Le taux brut de scolarisation est de 67 % et celle des filles est estimée à 25%.

La région compte 750 groupements de femmes dénommés GPF et 15 associations de femmes appelées FAFS ainsi que de très nombreuses ASC. Toutes ces organisations participent aux diverses activités de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de la collaboration

avec le Développement à la base, le Développement communautaire et les responsables des services de santé.

1. LES INDICATEURS DE SANTE DE LA REGION

L'état de santé dans la région est dominé par les maladies infectieuses à la tête desquelles se trouve le paludisme. Les informations disponibles dans les statistiques sanitaires révèlent les indicateurs sanitaires suivants :

- Taux de natalité : 46/1000
- Taux de mortalité maternelle : 510/ 100000 naissances vivantes
- FAR =301300
- Grossesses attendues = 60260
- 49 % des femmes enceintes ont recours au CPN avec un taux d'achèvement de 46%
- Le nombre de grossesses à risque attendues est 12%
- 67% des femmes vues en CPN accouchent dans les maternités
- Le taux de couverture contraceptive est de 7%
- 1570 interventions chirurgicales/an
- 270 Césariennes sur les 13500 attendues.
- 466593 consultations
- Nouveaux cas /100 habitants =29
- hospitalisations = 24867
- DMS = 7 jours
- Dépenses publiques de santé =450 F CFA/personne /an

Au niveau des ménages la dépense mensuelle moyenne de chaque individu est de 70,6 f CFA pour la consultation et 329,5 f CFA pour les médicaments.

Du point de vue de l'offre, la région est couverte par :

- 176 cases de santé
- 94 postes de santé dont 77 publics et 17 privés
- 9 centres de santé qui correspondent aux hôpitaux de district

- 2 hôpitaux (1 public et 1 privé)

Le tableau ci- dessous indique les catégories de prestataires , leur statut et leur nombre.

Tableau 1 : Répartition du personnel selon la catégorie socio - professionnelle et le statut

Prestataires	Secteur privé	Secteur public	Total
Médecins	26	26	52
Infirmiers	42	123	165
Sage-femmes	4	52	56

2. LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le plan national de développement sanitaire (PNDS1998-2007) se fixe comme priorités les réformes institutionnelles, l'amélioration de l'offre et l'accroissement des performances du système de santé.

Concernant le système de financement du secteur, l'Etat réaffirme son engagement à augmenter de 0,5% par an le budget de la santé et espère atteindre l'objectif de 9 % du budget national conformément à la recommandation de l'O.M.S. Toutefois ces moyens restent encore insuffisants malgré l'apport supplémentaire de la participation financière des populations à travers le recouvrement des coûts des médicaments et des prestations de soins. La décentralisation n'a pas encore produit les effets escomptés. De tout ce qui précède le gouvernement a décidé de rechercher un financement alternatif et à ce propos l'Etat s'oriente vers deux pistes principales :

- Les institutions de prévoyance maladie ouvertes aux structures sanitaires aussi performantes que le secteur privé.
- Le mouvement mutualiste bénéficiant d'un programme de développement des mutuelles qui travaillent à mettre en place un cadre juridique approprié.

3. LE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL

Les sources de financement de la santé au Sénégal comprennent :

- Le budget de l'Etat alloué à la santé représente 7,75% du budget national en 1997 ;
- Les collectivités locales participent en principe à la santé de leur administrés jusqu'à hauteur de 8 % de leurs recettes ;
- Les comités de santé centralisent les recettes provenant des ménages grâce à la stratégie de l'initiative de Bamako ;
- Les bailleurs de fonds : essentiellement la France, l'USAID, l'Union Européenne, la Banque mondiale complétés par l'aide des organismes spécialisés comme l'OMS et l'UNICEF ;
- Les ONG ;
- La communauté regroupée en associations de village ;
- Les différentes formes d'organisation de l'assurance maladie rencontrées actuellement au Sénégal comprenant:

L'Institution de Prévoyance Maladie

Elle est obligatoire pour les entreprises privées et assure la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, les analyses médicales et les hospitalisations engagés par les participants dans les limites du territoire national.

Les contributions se présentent sous la forme de cotisations qui sont fixées par la loi et recouvrées par voie d'autorité après accord de l'autorité de tutelle. Ainsi les travailleurs participent mensuellement sur la base de 3% de leur salaire brut avec un plafond de 60000F. L'employeur paye une quote part au moins égale au montant de l'ensemble des cotisations des employés. Les IPM contribueraient pour 13 milliards de francs aux dépenses de santé du Sénégal ; un montant qui couvre plus ^{de} 600000 personnes.

La protection - maladie des retraités

Le régime est de type contributif avec une cotisation de 2% de la pension.

A la différence de l'IPM la gestion est centralisée et pénalise les retraités résidents hors de Dakar.

Environ 78,000 allocataires sont concernés par ce système ce qui correspond à plus ^{de} 400000 ayants droit.

Le régime des fonctionnaires et assimilés

Le système de protection des fonctionnaires et contractuels de l'Etat permet :

- un accès gratuit au centre médico-social des fonctionnaires ;
- une prise en charge des soins médicaux et des frais d'hospitalisation avec un ticket modérateur de 20%. L'Etat rembourse les 80% de ces frais sur la base de la facturation et d'une lettre de garantie déposée par le patient au moment des soins ;
- Les médicaments sont à la charge exclusive du malade.

L'assurance maladie privée

Elle est très peu développée et concerne certains travailleurs ayant un statut particulier comme ceux qui exercent dans des organismes et des banques.

Plus de 15000 personnes seraient couvertes par ce type d'assurance pour un montant ^{de} 8,8 milliards de francs.

Les mutuelles de santé

Devant le constat de la distension et de l'effritement des relations sociales et la présence de plus en plus d'exclus l'Etat a décidé de mettre la priorité sur la mise en place des mutuelles de santé

Le but est de «permettre aux Sénégalais quelque soit leur niveau de revenu d'accéder à des soins de qualité en cas de besoin». Pour y parvenir, il faut donc favoriser l'émergence des mutuelles de santé en zone rurale, urbaine et péri- urbaine. L'approche se fera dans les

différents secteurs d'activité y compris le secteur informel. C'est ainsi que depuis deux ans des activités de plaidoyer sont exécutées par la CAMICS en vue d'un soutien plus actif des pouvoirs publics et des leaders communautaires à la protection sociale en général et la mutualité en particulier. Plusieurs stratégies sont en cours pour développer la mutualité au Sénégal dont le marketing social et la communication de masse. La formation des promoteurs et l'appui conseil aux mutuelles existantes facilitent la recherche des meilleures voies permettant d'amener les populations à intégrer le volet entraide et solidarité dans leur relation à une échelle plus étendue. La CAMICS procède à des évaluations périodiques des résultats atteints et des leçons apprises au cours du processus de développement des mutuelles de santé.

Les mutuelles avaient pour but d'améliorer la couverture des soins qui étaient en partie assurée par l'une ou l'autre des systèmes d'assurance évoqués plus tôt. C'est le cas de la mutuelle des fonctionnaires, des forces armées et des enseignants du supérieur.

La mutuelle des volontaires de l'éducation elle, est obligatoire et assure une véritable protection sociale par les cotisations tirées directement à la source durant les quatre années du contrat. Les volontaires gèrent de façon autonome leur mutuelle avec l'appui et le conseil de la tutelle.

Plus 70 mutuelles de santé existent déjà au Sénégal. Leur implantation s'est faite à la faveur d'un environnement socio-économique de plus en plus difficile où une frange non négligeable de la population se sentait exclue de l'accès aux soins. Actuellement la volonté politique du gouvernement est sans équivoque quant au soutien à la mise en place de ces mutuelles à travers l'ensemble du pays car elles constituent une alternative crédible pour prendre en charge les dépenses de santé des populations.

La région de Thiès est une région pionnière dans ce domaine au Sénégal mais aussi en Afrique de l'Ouest et offre une riche expérience sur la mutualité. Une coordination y est créée depuis 4 ans par les promoteurs. C'est une structure ayant pour vocation d'harmoniser l'ensemble des approches mutualistes et de servir d'interface en vue de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et leurs partenaires. Parallèlement il existe la coordination diocésaine qui contrôle les mutuelles de santé rurales. Elle est plus ancienne que la coordination régionale dont la naissance occasionna quelques conflits de positionnement jusqu'à une période récente.

Les objectifs de la coordination régionale sont :

- a) Assurer les pools de fonction qui lui sont délégués par les mutuelles afin de satisfaire leurs besoins communs, que ces derniers pris individuellement ne peuvent atteindre.
- b) Promouvoir les mutuelles de santé partout où le besoin se fera sentir par la promotion de l'expertise et l'assistance nécessaire.
- c) Constituer un cadre de concertation pour la mise en œuvre des programmes de formation d'appui-conseil et d'évaluation définis par les dirigeants des mutuelles.
- d) Constituer un cadre de négociation avec les partenaires sociaux.
- e) Représenter l'ensemble des mutuelles auprès des bailleurs de fonds, autorités techniques et administratives.

Sont admis dans la coordination :

- les mutuelles fonctionnelles,
- les mutuelles ayant tenu leur Assemblée Générale Constitutive et qui sont en période d'observation.

L'Assemblée Générale de la coordination régionale se compose de 30 membres, soit deux (2) représentants par mutuelle.

Un Conseil d'Administration de 15 membres est choisi et un Bureau Exécutif de sept (7) membres.

Présentement une vingtaine de mutuelles de santé existent dans la région ou sont en phase de mise en place. Parmi elles, 15 mutuelles de santé sont regroupées au sein de la coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès sur la base de critères d'adhésion définis plus haut. Selon leur zone d'évolution on distingue des mutuelles urbaines et d'autres rurales.

a) *Commune de Thiès*

- Mutuelle des retraités de Faggu : 4000 membres
- Mutuelle de Grand Thialy : 400 membres
- Mutuelle de Petit Thialy : 750 membres

- Mutuelle And Faggaru : 750 membres
 - Mutuelle Wer Werlé (Profemu) : 1000 membres
- Total : 6750 membres

Ces mutuelles sont toutes des mutuelles urbaines

b) Département de Thiès

- Mutuelle de Lalane : 1200 membres
 - Mutuelle de Fandène : 2000 membres
 - Mutuelle de Sanghé : 1400 membres
 - Mutuelle de Babackh : 800 membres
 - Mutuelle de Soppanté : 2500 membres
- Total : 7900 membres

c) Département de Tivaoune

- Mutuelle de Mboro : 1200 membres
 - Mutuelle de Koudiadiène : 2000 membres
 - Mutuelle Mont-Rolland : 2100 membres
 - Mutuelle Lehar : 2000 membres
 - Mutuelle Ngaye Ngaye : 1230 membres
- Total : 8530 membres

d) Département de Mbour

- Mutuelle de Fissel : 1000 membres

Les mutuelles départementales sont des mutuelles rurales car jusqu'à présent aucune de celles qui évoluent dans les communes n'a encore réuni les critères d'adhésion à la coordination.

Pour l'ensemble de la région il existe 24.100 membres. La cotisation annuelle à la coordination est de 5.000 à 15.000 francs selon l'ancienneté. La somme ainsi générée permet d'assurer un fonctionnement de la structure.

III. PRESENTATION DU PROBLEME

PRESENTATION DU PROBLEME

1. CONTEXTE DE L'EMERGENCE DES MUTUELLES AU SENEGAL

Le financement de la santé ; des prestations médicales en particulier préoccupe l'ensemble des acteurs de la santé. Après les indépendances le financement de la santé par l'Etat était un mécanisme collectif de partage des risques liés à la maladie à l'échelle nationale. En effet, la quasi-totalité des pays africains adoptèrent la politique de l'Etat providence pour tous les secteurs de l'économie après les indépendances. Cette vision de la gestion des affaires héritée de la colonisation se concevait dans le contexte de l'opulence relative et l'euphorie suite à la liberté récemment acquise.

L'environnement socio-économique va radicalement changer dix ans plus tard. Ainsi dans le Sahel, on vit les difficultés de la première grande sécheresse dans les pays dont l'essentiel de l'économie repose sur l'agriculture. Le premier choc pétrolier de 1973, la détérioration des termes de l'échange, le démantèlement insidieux des deux blocs Est-Ouest généralisent la crise au niveau mondial. La crise fiscale que vivent les pays africains est transmise aux points de prestation de soins par la stagnation et parfois la réduction des ressources publiques allouées pour supporter le fonctionnement des services de santé. Les Bailleurs de Fonds réorientent l'aide vers les pays de l'ex- bloc communiste et doutent des capacités des pays en développement à honorer leur dette. Ils imposent alors des plans d'ajustement structurel (PAS) par le canal de la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International.

Ces PAS sont perçus par l'O.M.S. comme une opportunité donc un environnement favorable pour introduire systématiquement le Paiement par les usagers. L'OMS propose des solutions à travers la mise en place des soins de santé primaires (SSP) et bien plus tard l'Initiative de Bamako ; un ensemble de stratégies qui atténuent les difficultés des populations sans les faire disparaître. Les ménages sont donc invités à participer à l'effort de santé par le mécanisme du recouvrement des coûts qui atteint très rapidement 65% des dépenses de santé. Les insuffisances des points de prestations de soins se sont répercutées sur les ménages à travers les ordonnances entraînant l'accroissement de la part des ménages dans les dépenses de santé. Dans les pays de la zone franc, la dévaluation du franc CFA vient aggraver la situation. Il y a

un renchérissement du panier de la ménagère de l'ordre de 30% sans augmentation proportionnelle des revenus.

L'état se desserre dans les années 90 avec l'apparition de la notion de développement humain durable et la prise en compte des aspects sociaux du développement. Au Sénégal, la politique de développement des ressources humaines soutient les secteurs de l'éducation et de la santé. Plusieurs réformes sont introduites dans le secteur sanitaire pour soutenir et renforcer les SSP notamment par la décentralisation dont le processus dure depuis bientôt 25 ans.

Malgré l'existence de plusieurs sources (l'Etat, les Bailleurs de Fonds, les associations communautaires, les ménages, l'assurance maladie obligatoire) les besoins de financement pour les dépenses de santé restent entiers avec en plus le risque d'exclusion des plus pauvres. La tarification actuelle des services de santé est approximative et la notion de recouvrement des coûts tend à s'élargir. La capacité de paiement de l'utilisateur des soins curatifs et préventifs est fortement réduite. En prenant l'exemple du Sénégal, la majorité des patients se traite grâce à l'épargne, la solidarité familiale ou villageoise et quelque fois la charité. Le certificat d'indigence conçu pour garantir l'équité verticale des soins ne présente aucune valeur aux yeux des prestataires de soins de santé. L'ampleur de l'exclusion des soins hospitaliers des pauvres amène l'autorité à voter une loi faisant obligation d'assistance devant l'urgence.

- Face à ces problèmes d'accès aux soins la population s'organise autour des valeurs de solidarité et d'entraide mutuelles pour faire face à cette nouvelle situation. On est en face d'une mutuelle de santé à chaque fois qu'un groupe de personnes gère une activité d'assurance maladie dans un but non lucratif en respectant les principes d'entraide volontaire, la solidarité entre les membres et l'autopromotion.

La mutuelle de santé est donc une association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux⁹

Au Sénégal, les premières mutuelles de santé naquirent dans la région de Thiès il y a une dizaine d'années grâce à l'appui de l'église catholique pour suppléer leurs coreligionnaires

étrangers dont l'aide était réorientée vers les pays de l'Est. Ces mutuelles de santé connaissent un regain d'intérêt depuis que les pays africains recherchent des mécanismes alternatifs pour financer le secteur. La solidarité et l'entraide autour du risque maladie s'imposent de plus en plus et le Sénégal fera du développement de la mutualité l'un des axes majeurs de la réforme en cours pour assurer le financement du secteur. Cet engouement autour des mutuelles s'est traduit à ce jour par la création de plusieurs mutuelles de santé à travers l'ensemble du pays ; aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine. Leur typologie est multiforme, de même que leur taille ainsi que le niveau de participation de leurs membres. On observe également une grande variabilité dans la couverture des soins. Certaines mutuelles adoptent la couverture des soins ambulatoires alors que d'autres se proposent d'intervenir dans la couverture des soins hospitaliers avec ou sans l'évacuation sanitaire. Les mutuelles fonctionnent donc selon leur rythme propre et assurent la couverture des soins considérés comme importants par les adhérents tandis que les fournisseurs de soins offrent une gamme de prestations sur la base du recouvrement des coûts dont le but est d'assurer une meilleure qualité des services par la disponibilité permanente de ces derniers.

2. ENONCE DU PROBLEME

Le principe de la mutualité date de l'ère médiévale en Europe et trouve son fondement dans les associations des *travailleurs et des artisans* et le phénomène se poursuit au début du 20^e siècle par la mise en place du régime de sécurité sociale obligatoire toujours à partir *des corporations de travailleurs*. Les mutuelles africaines naquirent dans un contexte tout différent et fondent leur base à partir *d'une solidarité communautaire reliée à l'ethnie, la religion ou l'origine géographique*. Si en Europe il a été possible de compter sur une base de transaction c'est à dire le salaire ; en Afrique par contre, le processus de financement passe essentiellement par le secteur informel d'où certaines idées rencontrées dans la littérature scientifique tendant à conclure que la mise en place d'un système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population est impossible en Afrique. Le phénomène émergent des mutuelles remet en cause cette théorie. Ce mécanisme de financement est perçu comme devant compléter les efforts de l'Etat dont les ressources peuvent servir ailleurs.

Au-delà de la facilitation de l'accès aux soins, la mutuelle influence positivement la qualité des services et favorise un taux d'utilisation plus élevée des points de prestation de santé⁴. Les adhérents recourent plus rapidement aux services de santé ce qui réduirait le taux de mortalité

et les handicaps observés. La réduction de la durée de traitement et du séjour hospitalier est bénéfique en terme de coûts directs du traitement et autres coûts indirects en ce sens qu'elle permet à l'individu de retrouver ses capacités physiques au plus tôt.

La solidité des mutuelles assure la bonne gouvernance par la prise en compte du point de vue des bénéficiaires dans les prises de décision. Le premier rôle de la mutuelle est de permettre l'amélioration du recours aux soins des bénéficiaires. En couvrant les prestations prioritaires, la mutuelle de santé se positionne comme un système d'assurance maladie qui favorise une meilleure utilisation des services, une réduction du délai de recours aux soins, la diminution de la mortalité, des handicaps et des maladies graves ; un ensemble de facteurs qui le cas échéant auraient entraîné des répercussions néfastes sur les revenus des ménages en raison de l'absentéisme, les frais funéraires, etc. Les mutuelles ont un avantage plus global dans la mesure où elles permettent aux décideurs de réorienter l'allocation budgétaire vers d'autres priorités de santé à l'échelle nationale. L'aptitude de la mutuelle à répondre à cette mission dans le contexte actuel fait l'objet d'interrogations multiples. Des doutes persistent en effet quant à la capacité des mutuelles à se positionner comme une alternative crédible au financement des dépenses de santé. Plusieurs causes sont avancées pour expliquer ce phénomène parmi lesquelles le montant des cotisations très bas, la taille réduite des mutuelles, le choix peu approprié des prestations couvertes. La cotisation des bénéficiaires très modeste serait elle même due au revenu faible des ménages, tandis que d'autres facteurs tels que l'absence de sensibilisation adéquate, le manque de confiance aux promoteurs expliqueraient la faiblesse des adhésions.

✓ Si les mutuelles ne disposent encore d'aucune possibilité de négocier valablement un tarif préférentiel au niveau des structures sanitaires, elles peuvent par contre améliorer leur environnement et le rendre plus confortable en fonction des possibilités financières des adhérents. Le plus grand facteur limitant le développement de la mutualité est sans nul doute la pauvreté dont la traduction est notée :

- Au niveau des cotisations : Les adhérents éprouvent en effet beaucoup de difficultés à s'acquitter régulièrement de leur cotisation surtout pendant les périodes de soudure et aussi dans des circonstances où il s'agit d'une famille nombreuse comportant beaucoup d'inactifs.

- Au niveau de la mutuelle, leur faible capacité financière oblige à fixer le plafond du séjour hospitalier de 10 à 15 jours.

D'où l'idée d'étudier jusqu'à quel niveau elles sont capables de couvrir les soins de santé de leurs adhérents suivant les tarifs actuellement en vigueur dans les services de santé. L'intérêt de l'étude réside dans l'évaluation de leur potentialité à améliorer l'accessibilité financière à partir des dispositions et des possibilités des membres adhérents à contribuer pour leur santé.

Cet accès aux soins est lié à la capacité de la mutuelle à répondre à la demande des bénéficiaires par le canal des ressources mobilisables à partir des adhérents permettant ainsi d'assurer un certain niveau de couverture des prestations prioritaires à ses membres. Pour fixer ce niveau on s'intéresse aux adhérents c'est à dire leur capacité contributive et le nombre optimal de cotisants et à la gamme de services offerts dans les structures de santé pour en déterminer ceux qui correspondent aux besoins réels ainsi que leur coût d'acquisition. La solvabilité des mutuelles dépend du revenu des adhérents et du coût des services couverts par ces dernières. En effet :

- le revenu des adhérents détermine leur capacité à payer de manière durable et régulière la cotisation dans les mutuelles,
 - les coûts des services couverts par les mutuelles déterminent le montant des cotisations.
- ✓ Pris individuellement les adhérents ne peuvent pas faire face aux coûts des soins de santé de leur famille. Leur revenu ne permet pas de couvrir les besoins primaires d'ordre biologiques et sécuritaires et en même temps leur assurer une prise en charge complète et permanente aux soins de santé. Ce ne sera pas le cas pour tous les services demandés ni à chaque fois que le besoin d'utiliser le service se manifeste. Il est en effet fort probable que les moyens dont ils disposent permettent un accès partiel ou temporaire aux biens et services de santé. Or le risque de contracter la maladie est variable selon l'âge, le sexe le milieu géographique, la période de l'année en cours et le niveau socio-économique qui influence l'environnement de l'individu. Ceci amène à dire que la probabilité de survenue d'une maladie est plus ou moins élevée selon la période et le lieu de résidence et la résistance personnelle à ces facteurs environnementaux. L'idée d'associer les fonds destinés à la prise en charge des cas attendus dans la communauté viserait une couverture complète et permanente de cette demande en distribuant les risques à l'ensemble de la population concernée.

La mesure de cette accessibilité financière revient à vérifier l'adéquation entre le montant des cotisations actuelles, les revenus des participants et les services couverts. L'analyse de ces données permettra de fixer le niveau théorique de l'accessibilité financière que les mutuelles de santé offrent ainsi que leurs limites.

3. ETAT DES CONNAISSANCES

L'accessibilité aux soins est un ensemble de facteurs qui permettent aux patients d'obtenir les soins appropriés dans les délais normaux que requiert l'urgence et la gravité de sa maladie ⁶.

Les dimensions de l'accessibilité sont :

- L'accessibilité physique ou géographique.
- L'accessibilité économique ou financière qui est la mesure dans laquelle les coûts encourus pour atteindre les points de prestations entrent dans les moyens économiques de la majorité des de la population cible.
- L'accessibilité administrative qui exprime les mesures de réglementation ou de déréglementation prises pouvant inhiber ou faciliter le choix des usagers.
- L'accessibilité cognitive fait appel à l'état de connaissance des points de prestation et des services qui y sont offerts.
- L'accessibilité psychosociologique qui est l'ensemble des facteurs psychologiques, sociaux et attitudes qui favorisent ou qui freinent l'utilisation des services.

Dans son sens large l'accessibilité dépend de plusieurs facteurs que sont l'aménagement des biens et services médicaux, les facteurs culturels, le dispositif mis en place pour faire face aux frais que requièrent les soins (le revenu jouant un rôle modulateur déterminant).

C'est dans ce dernier déterminant du recours aux soins qu'on retrouve l'accessibilité financière objet de notre étude. La particularité de ce travail est qu'il se situe dans le cadre des mutuelles de santé qui est un dispositif de couverture sociale du genre système d'assurance maladie. Pour mettre un tel système en place on s'intéresse aux risques maladie, au tarif en vigueur, les prix des produits pharmaceutiques. La promotion des mutuelles de santé récemment adoptée par les pays en voie de développement viserait à réduire l'exclusion

des populations vulnérables, c'est à dire les plus pauvres. L'engouement pour ce système existe pour les groupes de population non salariés ce qui induit d'autres dimensions importantes pour assurer un meilleur accès aux soins. Il s'agit de la volonté des membres à payer mais aussi sa capacité à le faire. Dans ces conditions la disposition de l'individu à payer la prime peut être limitée par le niveau de revenu et sa régularité.

L'accessibilité aux soins est aussi une notion variable selon qu'on est producteur ou consommateur. Pour les premiers il faut écarter tous les soins qui n'ont pas un caractère prioritaire et se limiter alors à un paquet de soins et services essentiels (1). Pour les seconds de nombreux facteurs interviennent dans la demande de soins notamment leur prix, le revenu de l'utilisateur et la gravité et la fréquence des épisodes morbides (12).

La disposition du consommateur à payer les soins est connue. Elle dépend des besoins ressentis, de la qualité du service fourni mais aussi de l'accessibilité financière qui est une variable dépendante du revenu du patient et du prix du service. Un faible niveau de revenu tend à réduire les dépenses de santé des individus, de même si le prix proposé est trop élevé (9) par rapport à l'utilité. En cas de force majeure, il y a tendance à s'endetter lorsque le revenu ne permet pas de couvrir les coûts des soins comme c'est souvent le cas des soins inélastiques (chirurgie). Les frais médicaux sont considérés comme prohibitifs et plus le revenu des ménages est bas plus grande est la difficulté à couvrir les dépenses de santé (7).

La solution la plus utilisée pour y faire face est la vente d'un bien quelconque. Le coût des soins est estimé à 1,5 % du revenu par habitant selon la banque mondiale, toutefois il peut dépasser 3% chez les plus démunis (9). Selon une étude menée par Enda-Tiers Monde seulement 25% des populations sénégalaises parviennent à acheter leur ordonnance avec leur propre revenu et 29 % pensent que le prix à payer dans les structures est élevé (10). La socialisation des risques a été suggérée pour éviter des exclusions de plus en plus importantes. Avec la mise en place des mutuelles de santé quelques problèmes demeurent encore notamment le montant des cotisations est souvent élevé pour les adhérents (18,8%) expliquant en partie le faible taux de recouvrement (52%) (7). Il se pose le problème de choix de la période de récupération des cotisations ou alors s'agit-il d'une frange de la population exclue faute de ressources. C'est à ce niveau qu'il faudra envisager des stratégies d'appui aux mutuelles pour prendre en charge les nécessiteux.

Généralement la méthodologie utilisée pour les études de cas des mutuelles aborde l'accès aux soins dans le sens de l'utilisation des services par un plus grand nombre de la population(4) ou alors propose des prévisions sur la base de séries d'hypothèses pour déterminer le couple prestations/cotisation(11). L'approche dans notre étude propose un recueil de données plus affinées parce que ciblant principalement le membre adhérent couplé à un avis des experts de la santé sur la pertinence des choix des mutualistes. Les informations fournies par les prestataires de soins valident la pertinence du choix des soins prioritaires par de l'usager de la mutuelle.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV. OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les capacités des mutuelles de santé à couvrir les prestations de services de santé prioritaires.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a) Déterminer *les services et prestations prioritaires* à couvrir par les mutuelles de santé à partir de l'offre, les besoins exprimés par les membres et les objectifs de santé publique.
- b) Fixer le *montant adéquat de la cotisation* selon les tarifs en vigueur dans les structures de santé ;
- c) Déterminer *la taille optimale d'une mutuelle de santé* conforme à la capacité et la disposition à payer des adhérents ;
- d) Proposer des pistes d'interventions pour assurer une meilleure accessibilité à la population la plus vulnérable.

**V. HYPOTHESES DE
RECHERCHE**

HYPOTHESES DE RECHERCHE

Cette étude repose sur les hypothèses selon lesquelles :

- 1- Les montants des cotisations dans les mutuelles de santé de Thiès ne suffisent pas pour couvrir *un paquet des prestations de soins prioritaires* limitant ainsi l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires ;
- 2- Le niveau de revenu des adhérents ne permet pas d'assurer une cotisation conséquente pour prendre en charge les dépenses techniques et administratives de la mutuelle.
- 3- L'adhésion à la mutuelle ne garantit pas de façon continue l'accès aux soins dont le mutualiste peut avoir besoin.

Le montant actuel des cotisations correspond-il au revenu des adhérents ou s'agit-il d'un chiffre pris arbitrairement par les promoteurs des mutuelles sans tenir compte de leur niveau socio-économique ? Combien les mutualistes sont-ils prêts à payer sans renoncer à la satisfaction des autres besoins tels que la nourriture et l'habillement ? Est-ce que leur disposition actuelle à payer couvre les besoins réels c'est à dire les frais qu'occasionneront les maladies qui vont survenir chez les ayant- droits au cours d'une période de référence ? Quelle serait la taille optimale de la mutuelle qui permette de couvrir ces besoins au tarif proposé par les structures de soins et avec les capacités actuelles de la communauté ? Malgré tout, une certaine partie de la population sera exclue de ce système quelles sont alors les solutions à envisager pour venir en aide aux plus pauvres ?

La réponse à l'ensemble de ces questions permet de prévoir dans quelle mesure les mutuelles de santé peuvent se positionner comme une alternative crédible au financement des dépenses de santé de la population.

CHOIX DE LA STRATEGIE DE RECHERCHE

L'étude envisagée est une étude synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse. Il s'agit dans la pratique d'une étude de cas de plusieurs mutuelles de santé qui comporte à la fois une enquête socio-économique au niveau des adhérents, une étude au

niveau des mutuelles et enfin une enquête auprès des prestataires de services qui offrent des soins aux bénéficiaires sur la base d'une convention signée avec les mutuelles. Cette même enquête est également menée auprès des gestionnaires des districts qui mettent en œuvre la politique définie par le ministère sur la base des priorités nationales.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG
BIBLIOTHEQUE

VI. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

Pour chaque objectif spécifique les variables ou les autres éléments clé qui entrent dans sa réalisation sont présentés. De la même manière le champ de l'étude, l'organisation du travail, la taille de l'échantillon d'adhérents, les outils et le déroulement de l'enquête ont été décrits.

I. LES VARIABLES MESUREES

Pour atteindre chaque objectif, les éléments, les variables et les indicateurs ci-dessous ont été recherchés et/ou mesurés.

1. Déterminer *les services et prestations prioritaires* à couvrir par les mutuelles de santé à partir de l'offre, les besoins exprimés par les membres et les objectifs de santé publique :
 - Services disponibles dans les structures
 - Prestations couvertes par la mutuelle
 - Prestations complémentaires souhaitées par les adhérents
 - Prestations essentielles du point de vue des prestataires
 - Liste des prestations et services à couvrir

2. Fixer le *montant adéquat de la cotisation* selon les tarifs en vigueur dans les structures de santé :
 - Tarifs des services et prestations prioritaires
 - Taux de prévalence des cas attendus
 - Nombre de bénéficiaires
 - Nombre de cas attendus chez les mutualistes
 - Durée moyenne de séjour par pathologie considérée
 - Coût moyen du traitement de chaque affection
 - Montant annuel des dépenses techniques
 - Montant de la cotisation annuelle par bénéficiaire

3. Déterminer *la taille optimale d'une mutuelle de santé* conforme à la capacité et la disposition à payer des adhérents :

- Revenu moyen annuel des adhérents
- Part du revenu destinée à la mutuelle de santé (montant moyen)
- Nombre moyen de bénéficiaires par adhérent
- Montant moyen que chaque bénéficiaire peut allouer à la mutuelle de santé
- Taille optimale pour couvrir les charges attendues
- Taux de couverture de la population cible (indique les capacités d'élargissement de la mutuelle)

4. Proposer des pistes d'interventions pour assurer une meilleure accessibilité à la population la plus vulnérable :

- Revenu moyen annuel des adhérents
- Niveau de revenu des adhérents en centile
- Proportion d'adhérents incapables de payer la prime adéquate

II. METHODOLOGIE D'INVESTIGATION

1. Champ de l'étude

Prévu à l'échelle nationale, ce travail a été circonscrit pour les raisons suivantes :

- Il était très ambitieux par rapport aux moyens disponibles et les contraintes de temps.
- La plus part (80%)des mutuelles fonctionnelles sont localisées dans la seule région de THIES.
- Les 20% restantes sont très dispersées à travers le pays d'Ouest en Est plus précisément à DAKAR et à TAMBACOUNDA.
- Les mutuelles de DAKAR sont elles-mêmes soient des mutuelles complémentaires (mutuelle de l'armée) soit obligatoire (mutuelles des volontaires). Les adhérents de cette dernière se trouvent répartis dans l'ensemble du pays pour des raisons professionnelles.

Au bout du compte il nous est apparu plus raisonnable de ne retenir pour cette étude que les mutuelles de THIES.

2. Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon fixée à 384 à partir du raisonnement suivant :

Il n'existe pas de données locales indiquant la proportion de mutualistes incapables de cotiser régulièrement la prime. En partant de l'hypothèse que seulement 50% des adhérents auraient un revenu suffisant pour couvrir durablement les cotisations le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire une inférence sur la population donne : p (pourcentage des mutualistes capables de payer la prime) = 50 % et $q = 1-p = 50\%$ (pourcentage des mutualistes incapables de payer la prime).

Soient n la taille de l'échantillon, $\epsilon\alpha = 1,96$ avec $\alpha =$ le risque d'erreur de 5 % et $i =$ la précision de 5%, on aura $n = \epsilon\alpha^2 * p * q / i^2$

On aboutit ainsi à la taille de l'échantillon $n = 384$.

Ceci nous a permis d'attribuer un quota de 35 adhérents à chaque mutuelle devant faire l'objet de l'étude. Leur identification est faite par tirage au sort à partir du listing des adhérents de chaque mutuelle. Le pas de sondage varie donc d'une mutuelle à l'autre. Les prestataires exerçant dans des structures de soins partenaires des mutuelles de santé ont indiqué les prestations prioritaires à leur niveau ainsi que les coûts y afférents en vue d'améliorer l'état de santé des populations.

3. Les outils de l'enquête

Les données sont collectées à partir d'un questionnaire adressé aux adhérents, un autre soumis aux responsables des mutuelles et un troisième destiné aux prestataires de services.

Le travail de collecte de données est complété par une recherche documentaire surtout pour ce qui concerne les aspects relatifs à la statistique sanitaire et socio-économique.

- Le questionnaire destiné à l'adhérent qui précise l'état civil, le niveau socio-économique, la connaissance des services couverts, les prestations supplémentaires souhaitées par le mutualiste et la disponibilité à payer plus pour les services demandés. Le questionnaire a été l'objet de plusieurs révisions suite à des tests de pré enquête avant sa validation.
- Le questionnaire destiné à la mutuelle de santé : Il est soumis aux responsables de la mutuelle, plus précisément au président et au trésorier. Il vise à documenter le degré d'organisation et de gestion de la mutuelle ainsi que la prise en compte de certains indicateurs financiers et sanitaires pour une meilleure gestion de la mutuelle. Là également le questionnaire a été redimensionné par rapport aux ambitions initiales car la qualité des données disponibles au niveau des mutuelles ne permet pas une étude détaillée du profil socio- économique et démographique des adhérents.
- Le questionnaire du personnel de santé est soumis aux prestataires qui ont des conventions avec les mutuelles concernées. Toutes ces informations ont été complétées par une documentation car les prestataires insistent plus sur les moyens pour obtenir le résultat mais n'ont pas l'habitude d'en évaluer le coût. Il n'a donc pas été possible de disposer des coûts des soins offerts sauf dans de rares cas. D'où le recours à la littérature pour valider les informations fournies sur le terrain.

4. Organisation et gestion de l'étude

Au départ l'objectif fixé fut de mener l'enquête au près de :

- 384 adhérents.
- 12 mutuelles de santé
- 10 prestataires de soins.

Les conditions de travail dans cette zone, c'est à dire l'enclavement, la grande dispersion des mutualistes, leur mobilité et l'inexactitude des adresses font du facteur temps la principale contrainte à cette enquête. Dans de telles conditions on a estimé qu'un enquêteur serait à mesure de remplir 7 fiches par jour.

Enquêteurs de terrain : Le choix s'est porté sur des personnes habituées au terrain et qui ont une connaissance de la mutuelle de santé de par leur pratique de tous jours. Ils ont subi une formation d'un jour afin de s'habituer aux questionnaires, d'en avoir la même compréhension

et d'avoir une même traduction en langue nationale (*Le Wolof qui est la langue comprise de la majorité des sénégalais a été choisi*).

Il a fallu 10 enquêteurs travaillant 7 heures par jour pendant 5 jours. Cinq jours supplémentaires ont été nécessaires pour compléter certaines données manquantes. Les enquêteurs avaient tâches de :

- Collecter les informations sur les supports mis à leur disposition ;
- Rectifier et compléter les données manquantes.

Responsable de l'étude : Un médecin de santé publique, stagiaire en deuxième année de D.S.E.S. (Diplôme Supérieur en Economie de la Santé) :

- chargé de l'élaboration du protocole de l'étude ;
- la recherche de financement ;
- la préparation de l'enquête ;
- le contrôle de la rigueur dans le recueil des données sur le terrain ;
- contrôle de la saisie des données ;
- analyse des données ;
- la rédaction du rapport final ;
- vérifier l'exactitude et la vraisemblance des données recueillies ;
- compléter les données manquantes.

Il a par ailleurs été contraint de retourner sur le terrain pour compléter le travail des enquêteurs et vérifier certaines informations aberrantes. Pour des raisons pratiques, il a aussi administré le questionnaire aux prestataires de soins.

Dans la région (contexte) de Thiès les mutualistes signent les conventions avec les responsables des structures de soins. Il a donc été procédé à une synthèse des différentes informations recueillies au près des fournisseurs de soins. Dans les faits le responsable de l'enquête s'est entretenu directement avec la plus part du personnel. Parmi les raisons qui ont conduit à cette approche il y a le constat que la plupart des prestataires sont réellement peu informés de l'existence des mutuelles de santé et de leur apport potentiel à la vie de leur structure. Il a fallu donc impliquer les responsables administratifs à différents niveaux des formations sanitaires pour compléter les informations.

5. Le déroulement de l'enquête

L'investigation s'est déroulée donc dans la région de THIES aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine ; durant le mois de décembre 1999 à février 2000.

Elle concerne :

Toutes les mutuelles de santé fonctionnelles depuis au moins un an exception faite de la mutuelle complémentaire de Faggu qui prend en charge les retraités de la région déjà couverts en partie par l'IPRES. IL existe 12 autres mutuelles fonctionnelles dans la région et l'objectif initial était de mener l'enquête auprès de ces mutuelles déclarées fonctionnelles depuis au moins un an.

Dix enquêteurs préalablement formés pendant une journée en vue d'une même compréhension des questionnaires ont effectué le travail pendant deux semaines.

Le responsable de l'étude a d'abord pris contact avec les dirigeants des mutuelles à l'occasion de leur réunion de coordination pour exposer les objectifs, la méthodologie de l'étude et identifier avec eux les enquêteurs aptes à réaliser le travail. A partir du nombre d'adhérents des mutuelles le tirage des numéros d'ordre des sujets à interroger a été effectué. La sensibilisation des mutualistes est assurée par les responsables qui ont indiqué à ces derniers la période de l'enquête.

Activités	Novembre 99	Décembre 99	Janvier 2000	Février 2000	Mars2000	Avril 2000
Rédaction du protocole	XXXXXX					
Recrutement et formation des enquêteurs		XXXXXX				
Enquête de terrain		XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		
Analyse de données			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		
Rédaction du rapport				XXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXX
Diffusion des résultats						XXXX

III. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

La démarche suivante a été adoptée pour atteindre le but assigné à l'enquête :

- la comparaison de la prime adéquate à la prime potentielle,
- le poids de la prime adéquate dans le revenu des adhérents,
- l'influence de la taille de la mutuelle sur la prime adéquate.

A. LA COMPARAISON DE LA PRIME ADEQUATE A LA PRIME POTENTIELLE

1. L'estimation de la prime adéquate

i). Identification des affections et services prioritaires

- A chaque adhérent il a été demandé de lister les risques maladie couverts par sa mutuelle. Dans un deuxième temps il a indiqué les soins complémentaires qu'il souhaite que la mutuelle prenne en charge.
- Les responsables des mutuelles ont fourni la liste des structures agréées ainsi que les services offerts par la mutuelle. Leur rapprochement d'avec les déclarations des adhérents permet de faire une lecture correcte de la réalité des soins couverts.
- Une liste d'affections, d'exams et de services a été remise aux prestataires. Il leur est demandé d'indiquer pour chaque item la pertinence ou non de sa prise en charge par la mutuelle de santé ainsi que le coût de son traitement.
- A la suite de ce travail nous en avons fait la synthèse en veillant à la fréquence des réponses fournies par les adhérents, la morbidité proportionnelle dans la zone qui est la préoccupation des agents de santé et aussi la fréquentation plus grande des structures par les bénéficiaires ; Nous avons en effet considéré ici que toutes les barrières au recours aux soins sont levées. Dans les faits cette synthèse aboutit à la prise en compte de 80% de la morbidité proportionnelle par ordre de fréquence décroissante, 100% des services préventifs offerts dans les structures de soins, 100% des cas chirurgicaux et des hospitalisations attendus. Le facteur «gravité» de la maladie a aussi été intégré car les cas sévères requièrent des moyens plus importants pour le traitement.

A partir du nombre de bénéficiaires de chaque mutuelle de santé les cas probables sont estimés en tenant compte des incidences, les prévalences et la morbidité proportionnelle des affections les plus couramment rencontrées dans la région.

Le taux de morbidité proportionnelle des principales affections rencontrées dans la zone est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Affections	Morbidité proportionnelle
ACCES PALUSTRE	36,86%
Maladie de la peau	11,83%
Parasitose intestinale	7,48%
Maladie Diarrhéique	7,06%
Broncho-pneumopathie	6,73%
Anémie	5,85%
Grippe	5,21%
Maladies de l'estomac et de l'œsophage	2,85%
Maladie de l'œil et des annexes	2,38%
Maladie de l'oreille	1,98%
HTA	1,55 %

Sources : PRDS THIES1997

Le paludisme grave = 10 % des cas de paludisme attendus	Les IRA = 7,5% des broncho-pneumopathies
Les anémies graves = 5 % des personnes anémiées	Les diarrhées avec déshydratation = 12% des diarrhées
Cas attendus = Nombre de bénéficiaires x 0,29	Grossesses attendues = Nombre de bénéficiaires x 0,046
Grossesses à risque = Grossesses attendues x 0,12	Nombre d'hospitalisations = Cas attendus x 0,07
Nombre de jours d'hospitalisation = Nombre d'hospitalisations x DMS	Cas chirurgicaux = Nombre d'hospitalisations x 0,06

La durée moyenne de séjour(DMS) suite à une intervention chirurgicale est rarement supérieure aux 7 jours indiqués. La tendance actuelle dans les services chirurgicaux est de minimiser la durée la D.M.S. par la pratique d'un bilan pré opératoire et d'un traitement post opératoire ambulatoire dès que possible. Le nombre de cas par mutuelle est minime de sorte que la moyenne proposée semble correcte.

ii) Coût pour l'utilisateur par pathologie (C)

Chaque fois que le prestataire coche une affection (ou service), il mentionne le coût de la consultation, de l'acte ou de la prestation en question ainsi que le coût des médicaments nécessaires pour guérir le patient. Les prestataires avaient la possibilité de compléter la liste s'il le juge nécessaire. Ces informations sont complétées par les protocoles de soins appliqués dans les services selon des normes admises par le ministère de la santé. Pour le service hospitalier nous avons retenu le tarif de l'hôpital Saint Jean de Dieu qui est la seule structure de second niveau partenaire des mutuelles.

Les dépenses techniques des mutuelles (**D**) : Le calcul des dépenses techniques, c'est à dire le montant nécessaire pour couvrir le portefeuille du risque maladie s'effectue à partir de la connaissance du nombre (**N**) de cas attendus par pathologie au niveau de chaque mutuelle.

Pour couvrir chaque prestation ou service il faut un montant (**M**) égal à C multiplié par N
[$M = C * N$]

On obtient alors D (dépenses techniques) = somme de M (= somme de $C * N$)

$$D = \sum C * N$$

Le ticket modérateur, le plafond et les déductibles n'entrent pas en ligne de compte dans le calcul.

iii) Les dépenses administratives des mutuelles (DA)

Toutes les autres dépenses différentes de celles destinées aux soins sont considérées comme des dépenses administratives. Il s'agit des montants dégagés pour assurer la formation, les

charges permanentes (locations, eau, électricité, téléphone), la sensibilisation des adhérents actuels ou potentiels, le matériel de bureautique les déplacements pour les besoins de recouvrement des cotisations des adhérents. Cette rubrique «dépenses administratives» se situe entre 5% et 15 % des dépenses totales.^{10,11,12} . Nous avons retenu de la limiter à 5% dans nos calculs en considérant que les mutuelles doivent bénéficier d'un appui comme indiqué dans les recommandations.

iv) Les dépenses totales des mutuelles(DT)

C'est la somme des dépenses techniques et des dépenses administratives

$$DT = D + DA$$

v) La prime adéquate par bénéficiaire

Chaque responsable de mutuelle a indiqué le nombre total de personnes assurées(bénéficiaires) à travers son adhésion. En effet chaque adhérent couvre un nombre x de personnes dans sa famille plus lui-même. L'ensemble constitue les bénéficiaires qui doivent se répartir à part égale les dépenses totales de la mutuelle au cours d'une période de référence (une année par exemple). La prime annuelle est donc égale aux dépenses totales divisées par le nombre de bénéficiaires(B)

$$\text{Prime annuelle} = DT/B$$

La prime mensuelle ou cotisation mensuelle(P) est égale à la prime annuelle divisée par 12.

$$P = DT/B*12$$

2. L'estimation de la disposition à payer

La disposition à payer est la somme de la prime actuelle et de la moyenne de l'augmentation consentie par les adhérents pour chaque bénéficiaire.

La prime actuelle est donnée par les dirigeants des mutuelles et confirmée par l'examen du carnet d'adhésion des membres.

Pour connaître l'augmentation consentie on demande si l'adhérent est prêt à consentir un effort supplémentaire pour couvrir les services complémentaires souhaités. En cas de réponse affirmative la question est prolongée pour savoir de combien peuvent-ils majorer la cotisation par bénéficiaire.

B. LE POIDS DE LA PRIME ADEQUATE DANS LE REVENU DES ADHERENTS

1. Estimation de la prime adéquate

cf. A1

2. La capacité à payer des adhérents

Il revient à dire quel est le niveau de revenu des adhérents et la proportion qu'occupe la prime dans ce revenu. Cette proportion dépend aussi du nombre moyen de bénéficiaires pris en charge par le mutualiste. La mutuelle en effet n'a de relation qu'avec l'adhérent qui se doit de payer dans les délais fixés la prime de l'ensemble des personnes qu'il a décidé de couvrir. Ce n'est qu'au moment de la sollicitation du service de la mutuelle que cette dernière s'intéresse à savoir si la personne est effectivement un ayant droit.

i) Estimation du revenu

Au moment de l'enquête au près des membres il est demandé l'activité principale, l'activité secondaire, l'investissement personnel, l'appui des autres membres de la famille. Selon le type d'activité il estimera son revenu en kilogramme(de mil , d'arachide ou de tout autre produit de sa récolte) ou alors directement en francs CFA (monnaie locale). Les ressources issues des récoltes sont converties selon le prix en vigueur dans le marché au mois de février 2000.

ii) Le revenu moyen

C'est la somme des revenus divisée par le nombre d'adhérents objets de l'enquête

iii) Les niveaux de revenu des mutualistes

Nous avons recherché le revenu minimal, le centile25, la médiane, le centile75 et le revenu maximal dans chaque mutuelle.

iv) Le nombre moyen de bénéficiaires

Nombres de bénéficiaires dans chaque mutuelle sur le nombre d'adhérents

v) La Prime par adhérent pour couvrir les services de la mutuelles

Elle est le produit de la prime/bénéficiaire par le nombre moyen de bénéficiaires

vi) La Proportion de la prime sur le niveau de revenu

C'est le rapport de la Prime par adhérent sur le revenu. Nous avons considéré les différents niveaux de revenu(revenu minimal, le centile 25, la médiane, le centile 75 et le revenu maximal) dans chaque mutuelle.

vii) Comparaison de cette proportion aux dépenses de santé moyennes des ménages

Les résultats obtenus sont comparés aux dépenses moyennes de santé des ménages au Sénégal.

C. L'INFLUENCE DE LA TAILLE DE LA MUTUELLE SUR LA PRIME ADEQUATE

On effectue des simulations pour calculer les primes respectives si :

- 1- la mutuelle couvre 25% de sa population cible
- 2- la mutuelle couvre 50% de sa population cible
- 3- la mutuelle couvre 80% de sa population cible

Les principes de calculs sont les mêmes que ceux de la prime adéquate.

A partir de ces informations il est possible d'envisager une série de solutions tendant à améliorer l'accessibilité financière des mutualistes.

L'analyse des données est réalisée grâce aux logiciels Epi Info et Excel.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**VII. PRESENTATION DES
RESULTATS**

PRESENTATION DES RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES ADHERENTS ET DES MUTUELLES

Cette étude renseigne sur 11 mutuelles de santé de la région de THIES. Le principal critère de choix qui a conduit à leur investigation repose sur la fonctionnalité depuis au moins un an. Théoriquement 12 mutuelles sont concernées. La mutuelle de Mont Roland n'a pu être intégrée à cause du retard accusé par l'enquête dans cette localité en raison de la réticence des dirigeants. Malgré les multiples tentatives il n'a pas été possible d'accéder aux documents dans les délais pour tirer les adhérents à interroger. Les contraintes de temps limitant notre marge de négociation nous ont amené à considérer cette mutuelle comme un cas de refus. Au terme du travail 11 mutuelles ont effectivement été étudiées. Des problèmes internes font que les taux de non réponses sont élevés à Sanghé (51,2%) et à Grand Thially (48,6%) ainsi qu'à Mont Rolland où il n'a pas été du tout possible d'avoir un contact avec les adhérents. Les données sont donc partielles dans deux mutuelles et impossibles à recueillir au niveau d'une mutuelle.

1. Répartition de l'échantillon dans les mutuelles

Tableau I : Répartition de l'échantillon dans les mutuelles

Mutuelles	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)	Fréquence cumulée
Thially	18	5,7	5,7
And Fagaru	24	7,5	13,2
Fandène	39	12,3	25,5
Koudiadiène	33	10,4	35,9
Lalane	32	10,1	46
Léhar	33	10,4	56,4
Mboro	22	6,9	63,3
Ngayengaye	35	11,0	74,3
Sanghé	17	5,3	79,6
Soppanté	34	10,7	90,3
Werwerlé	31	9,7	100
Total	318	100	

Sources :Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Le taux de participation à l'enquête est faible au niveau de la mutuelle de Grand Thially car les adhérents n'ont plus confiance en l'équipe dirigeante très peu préoccupée des activités de la mutuelle. En effet les instances sont accaparées par des fonctionnaires et autres salariés qui ne reviennent dans le quartier que pendant le week-end et par conséquent n'ont pas le temps de prendre en charge les préoccupations de la communauté. En réalité la mutuelle n'est pas très dynamique car beaucoup d'adhérents ont renoncé à s'acquitter de leur cotisation comme le montre leur taux de recouvrement qui est de 55,6% à grand Thially (page 60).

La mutuelle de Sanghé elle, est en pleine restructuration. Il y a un an les adhérents ont eu à dissoudre la mutuelle mère et fonder une seconde sur des bases plus solides avec l'appui du GRAIM. Le nombre réduit des adhérents (87) explique pourquoi seulement un quota restreint a été accordé à cette mutuelle.

2. Nombre moyen de bénéficiaires dans les mutuelles

Tableau II : Nombre moyen de bénéficiaires dans les mutuelles

Mutuelle	Nombre d'adhérents	Nombre de bénéficiaires	Nombre moyen de bénéficiaires
Thially	141	339	3
And Fagaru	130	450	4
Fandène	400	3089	8
Koudiadiène	400	2227	6
Lalane	243	1176	5
Léhar	207	1300	6
Mboro	254	1156	5
Ngayengaye	280	1269	5
Sanghé	87	461	5
Soppanté	395	2250	6
Werwerlé	195	876	5

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Le nombre moyen des bénéficiaires est plus bas à Grand Thially et And Fagaru qui sont des mutuelles implantées en milieu urbain. La taille des ménages des citadins est en général plus réduite que celle des ruraux. C'est l'une des premières explications possibles à la différence du nombre moyen d'adhérents par rapport à la zone rurale.

La deuxième explication serait que les liens de solidarité sont moins solides en ville.

And Fagaru et Grand Thially sont les mutuelles qui présentent le moins de bénéficiaires par adhérent tandis que la plus vieille mutuelle qui est Fandène se retrouve avec 8 bénéficiaires par adhérents.

3. Age moyen des adhérents

La moyenne d'âge dans l'échantillon est 47 ans avec des limites de 26 ans et 88 ans et un âge médian de 45 ans. Nous n'avons pas jugé nécessaire de mentionner la répartition par sexe car parmi les mutuelles deux (Werwerlé et And Fagaru) sont exclusivement des mutuelles de femmes. Aucune des mutuelles ne dispose d'un registre mentionnant la liste de l'ensemble des bénéficiaires et indiquant leur distribution par âge et par sexe. Cependant la répartition selon les tranches d'âge parmi les bénéficiaires couverts par les adhérents interrogés dans le cadre de ce travail est la suivante :

0-11 mois = 39	12-36 mois = 93
37-59 mois = 9	15- 17 ans = 352
18-55 ans = 525	> 55 ans = 186

Ces mêmes bénéficiaires sont composés de 664 femmes et 622 hommes soit un ratio hommes/femmes de 0,93.

Une importante frange des mutualistes n'a jamais fréquenté l'école (48,73%) tandis que 28,79% se sont arrêtés à l'école primaire, 18,55 % au secondaire et 3,8 % ont atteint le supérieur. Ces derniers se sont affiliés plutôt pour soutenir leur famille ou par souci de solidarité envers leur communauté.

4. Taux de couverture actuelle des mutuelles de santé

Tableau III : Taux de couverture actuelle des mutuelles de santé

Mutuelle	Population cible	Population couverte	Taux de couverture(%)
Thially	15000	339	2,26
And Fagaru	18000	450	2,5
Fandène	3720	3089	83,03
Koudiadiène	3500	2227	63,62
Lalane	1500	1176	78,4
Léhar	6000	1300	21,67
Mboro	12000	1156	9,63
Ngayengaye	15000	1269	8,46
Sanghé	4800	461	9,60
Soppanté	19200	2250	11,72
Werwerlé	2100	876	41,71

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

La densité de la population est faible en milieu rural d'où la différence des taux de couverture d'avec les mutuelles urbaines où des voisins ne se connaissent pas souvent et donc une campagne de sensibilisation à ce niveau est très impersonnelle en dehors des structures associatives. On remarque que les mutuelles urbaines ont plus de difficultés de pénétration dans la population cible. Par contre celles relativement anciennes comme Lalane et Fandène ont pu atteindre un taux de couverture de la population cible appréciable. La forte solidarité qui existe encore dans le milieu rural en général et dans la culture Sérère «noon» en particulier suffit à expliquer ce résultat. Ce même comportement existe avec les femmes qui gèrent la mutuelle de Werwerlé. Cette dernière bien qu'urbaine a l'avantage d'asseoir son socle sur une base organisationnelle solide et sérieuse doublée d'un encadrement de qualité. Voilà pourquoi le taux de pénétration est élevé (41,71%) à Werwerlé qui est une association de femmes qui se connaissent toutes et dont les membres sont dispersés dans l'ensemble de la région de Thiès. Dans la ville les personnes sont plus exigeantes et attendent de voir dans les faits les résultats de ces mutuelles. Les difficultés de survie y sont plus exacerbées pour la plus part à l'image de Grand Thially et de And Fagaru où les taux de pénétration sont encore faibles.

Toutes les autres mutuelles sont rurales et ont un taux de couverture de la population cible de plus de 10%. Les exceptions des mutuelles de Ngaye Ngaye et Mboro suivent la logique urbaine car même si le village de Mboro est encore une communauté rurale son développement actuel correspond plutôt à une ville rurale avec l'installation d'une industrie qui attire beaucoup d'immigrants dans cette localité. La mutuelle de Sanghé en est au stade de réorganisation par conséquent elle n'a donc pas encore atteint sa vitesse de croisière pour avoir des effets comparables à celles des autres mutuelles rurales.

Tableau IV : Le recours aux services de la mutuelle

Mutuelle	Recours aux soins durant ces 3 derniers mois	
	Oui	non
Grand Thially	5	11
And Fagaru	5	19
Fandène	6	33
Koudiadiène	4	29
Lalane	7	25
Léhar	17	16
Mboro	2	20
Ngayengaye	27	6
Sanghé	2	15
Soppanté	5	29
Werwerlé	1	30

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Globalement parmi les adhérents 25,6 % des mutualistes ont eu à recourir aux services des mutuelles dans les trois derniers mois. Habituellement les services de santé recensent 28 nouveaux cas sur 100 habitants.²⁶ Il en ressort que la sur- utilisation et la surconsommation ne constituent pas un problème majeur au sein des mutuelles de santé surtout si on considère que ce chiffre serait réduit sans l'influence de deux facteurs :

- La disponibilité des soins de santé de base qui sont couverts par la plus part des mutuelles ;

- La période récente fut un moment de sollicitation intense des services de santé avec le paludisme qui a connu des pics entre mi-octobre et décembre particulièrement au cours de l'année 1999.

L'utilisation des services de santé par le canal des mutuelles pris individuellement prouvent bien que les soins de santé primaires constituent une préoccupation comme l'indique le tableau ci-dessous. Les bénéficiaires de Léhar et NgayeNgaye ont eu plus recours aux soins à travers leurs mutuelles (respectivement 81% et 51%) parce qu'elles couvrent essentiellement les soins de santé primaires.

5. L'état de satisfaction des adhérents vis à vis de leur mutuelle

Tableau V : *L'état de satisfaction des adhérents vis à vis de leur mutuelle*

Mutuelle	L'état de satisfaction des adhérents	
	Satisfaits	Non satisfaits
Thially	15	1
And Fagaru	14	0
Fandène	37	2
Koudiadiène	30	1
Lalane	26	4
Léhar	17	0
Mboro	14	0
Ngayengaye	33	1
Sanghé	16	0
Soppanté	33	0
Werwerlé	18	8

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Le taux de satisfaction parmi ceux qui ont été interrogés est de 94,1%

6. Les méthodes de contrôle des risques

Méthode utilisée	Ticket modérateur	Plafond	Franchises
Oui	6	7	2
Non	5	4	9
Total	11	11	11

Parmi les mutuelles 6 ont recours au ticket modérateur ,7 au plafond des remboursement et 2 aux franchises comme méthode de gestion des risques qui peuvent compromettre la viabilité de la mutuelle.

7. Le taux de recouvrement des cotisations

Le taux de recouvrement des cotisations est différent d'une mutuelle à l'autre comme l'indique le tableau ci- dessous. La mutuelle de Fandène est la plus performante avec 92 % de récupération des cotisations attendues. Cette situation découle de mesures nouvelles dans la gestion suite à des risques de faillite les années passées. Les mutuelles de Léhar et de Mboro suivent avec 80% de cotisation. Les mutuelles urbaines restent loin derrière avec un taux variant entre 46% et 55%. Ce phénomène s'explique d'abord par le faible niveau de revenu des mutualistes de la ville. En réalité comparés aux ruraux, les citadins gagnent beaucoup plus en terme de revenu monétaire mais leurs besoins sont plus importants dans les domaines incompressibles et vitaux comme l'alimentation, le loyer, l'eau, l'électricité, etc..

Tableau VI : Le taux de recouvrement des cotisations par les mutuelles de santé

Mutuelle	Taux de recouvrement des cotisations
Thially	0,55
And Fagaru	0,49
Fandène	0,92
Koudiadiène	0,75
Lalane	0,64
Léhar	0,81
Mboro	0,80
Ngayengaye	0,75
Sanghé	N.D.
Soppanté	0,75
Werwerlé	0,46

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

B. IDENTIFICATION DES PATHOLOGIES PRIORITAIRES

1. Les services offerts par les structures de santé

a) Au niveau des structures périphériques

Les structures périphériques comprennent les activités de services que sont les soins curatifs de base ambulatoires, les hospitalisations des cas légèrement graves et les soins préventifs. On y développe aussi des activités promotionnelles de la santé comme l'I.E.C. et l'hygiène. Les structures de base ont aussi pour mission d'exécuter les programmes verticaux du Ministère de la santé.

b) A l'hôpital Saint Jean de Dieu

C'est un hôpital de deuxième niveau qui assure la prise en charge des soins médicaux ambulatoires et leurs spécialités médicales ainsi que le traitement des affections relevant de la chirurgie générale et de ses spécialités. L'ensemble de ces cas peut être hospitalisé en cas de besoin. La chirurgie lourde et les explorations de technologie complexe relèvent des hôpitaux nationaux.

2. Détermination des services prioritaires par le personnel de santé

Parmi les 20 agents de santé enquêtés seulement 8 ont pu donner des informations exploitables d'emblée. Il s'agissait du personnel relevant du secteur public contrairement à ceux de l'hôpital où nous avons été obligés de recourir aux services administratifs pour un complément d'information.

Les principales prestations à couvrir de l'avis des fournisseurs de soins partenaires des mutuelles sont :

- Les soins préventifs tels que la consultation prénatale, la consultation post natale, la vaccination.

- La chirurgie ; y compris la césarienne.
- Certaines affections potentiellement graves telles que le paludisme, la diarrhée, les IRA, la malnutrition aiguë.
- Les frais de séjour hospitalier.
- 75% des réponses sont en faveur de la couverture de certaines types de radiographie , en l'occurrence lorsque le cas est sérieux et doit aboutir à une hospitalisation.
- Aucun prestataire de soins n'a jugé nécessaire de prendre en charge l'échographie.
- Et seulement 37,5 % pensent qu'il faut couvrir les analyses médicales diverses.

3. Services complémentaires sollicités par les mutualistes

Sur 272 réponses les principales préoccupations des mutualistes en terme de couverture des risques maladie sont résumées dans le tableau ci-après.

Tableau VII : Les risques maladie complémentaires à couvrir selon les mutualistes

Prestations /services	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Augmentation de la durée du séjour à l'hôpital	109	40
Soins primaires curatifs	116	42,6
Accouchement	171	62,8
Chirurgie	209	76,8
Médicaments	30	11,02
Analyse	56	20,6
Radiographie	161	59,2
Consultation	105	38,6

Sources :Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

On constate que parmi les demandes exprimées par les adhérents la première d'entre elles reste les cas chirurgicaux suivis des accouchements et de la radiographie. L'hospitalisation et les soins de bases sont certes déjà pris en charge par les mutuelles cependant elles méritent de l'avis des mutualistes un élargissement de leur champ de couverture car la demande y est plus élevée.

La confrontation des choix du personnel de santé et celles des mutualistes permet de faire une synthèse en prenant en compte toutes les pathologies par niveau. Ainsi il a fallu séparer les formes simples des formes graves de chaque affection répertoriée comme étant prioritaire si on veut assurer une bonne couverture des mutualistes. Dans ces conditions il apparaît clairement que les mutuelles dans leur situation actuelle ne peuvent garantir tous les risques maladies probables au niveau de la communauté des adhérents. Nous avons procédé à un regroupement des besoins à partir des tableaux syndromiques évoqués par les uns et les autres.

4. Synthèse des prestations à couvrir par les mutuelles de santé

La synthèse que voici propose la prise en charge des affections les plus courantes estimées à un peu plus de 80% de l'ensemble des morbidités proportionnelles rencontrées dans la région. Les critères de fréquence et de gravité ont guidé le choix dans la mesure où la couverture de l'affection en question est perçue comme indispensable par le mutualiste.

Les analyses médicales et les médicaments ne sont pas concernés ou plus précisément leur prise en charge n'est pas notée de façon explicite car leur coût est soit contenu dans celui des prestations par cas ou inclus dans le séjour hospitalier. On remarquera d'ailleurs que très peu de mutualistes ont fait état de l'intégration des médicaments et des analyses médicales parmi les risques à couvrir par l'assurance maladie.

Tableau VIII : Synthèse des prestations prioritaires complémentaires pour assurer une bonne couverture sanitaire par les mutualistes

Prestations prioritaires selon le personnel de santé	Prestations souhaitées	Synthèse
Augmentation de la durée du Séjour à l'hôpital	Augmentation de la durée du Séjour à l'hôpital	Grossesse
Soins primaires curatifs	Soins de santé primaires	Séjour hospitalier
Accouchement	Accouchement	Chirurgie
Radiographie	Chirurgie	Paludisme non grave
Vaccination	Médicaments	Paludisme grave
C. post natale	Analyse	Maladie de la peau
Grossesse	Radiographie	Parasitose intestinale
	Consultation	Diarrhée modérée
		Diarrhée aiguë
		IRA
		Autres affections
		respiratoires
		Anémie modérée
		Anémie grave
		Grippe
		Accouchement
		Vaccination
		C. post natale
		Radiographie

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Les agents de santé tout comme les mutualistes sont conscients de la charge financière qu'aurait occasionnée l'inclusion des maladies chroniques dans les risques à couvrir. Les prestataires ont tous estimé qu'il ne fallait pas prendre en charge les maladies comme le diabète, le sida et l'hypertension artérielle qui ont été listés dans le questionnaire. Aucun des responsables mutualistes n'a expressément montré la nécessité de prendre en compte ces affections. Le coût de la prise en charge des maladies chroniques dépasse les possibilités des mutuelles de santé. Pour cette raison elle n'a pas été intégrée aux risques à couvrir. A l'état actuel de développement des mutuelles cette approche semble correcte d'autant que leur

intégration dans le paquet de soins outre qu'elle est onéreuse à terme relève aussi de l'hygiène de vie, un déterminant que le patient ne prendrait certainement pas en compte s'il est assuré de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin. C'est une façon donc pour les mutuelles de lutter contre le risque moral sans que la méthode n'apparaisse comme une sélection adverse. Il existe cependant d'autres formes de solidarité que la mutuelle peut mettre en place pour le compte des maladies chroniques. Elles sont développées dans les recommandations.

C. COUT DES SOINS POUR L'USAGER

Ces coûts concernent uniquement la consultation et les médicaments. Il se fonde sur les ordigrammes qui sont des arbres de décisions thérapeutiques disponibles au niveau des structures de soins primaires et aussi de l'estimation des médecins sur le coût de prise en charge des affections relevant des structures hospitalières. La liste des médicaments et leur coût de cession est disponible au niveau de chaque dépôt pharmaceutique de la structure correspondante. Il a donc été demandé à chaque prestataire de par sa pratique d'indiquer le coût de sa consultation et celui des médicaments utiles pour guérir le patient.

Certaines maladies sont affectées aux soins de base et d'autres au service hospitalier car selon le tableau syndromique présenté par le patient les différents cahiers de charges élaborés par le Ministère de la santé l'imputent dans l'une ou l'autre des structures. Les usagers en font bien la différence et ont recours directement à la structure appropriée.

Les coûts proposés tiennent compte de l'hypothèse maximale tirée des tarifs en vigueur à l'hôpital Saint Jean de Dieu, le centre de santé de Thiès et les postes de santé couvrant les zones d'évolution des mutuelles. Toute fois les mutuelles de santé bénéficient d'une faveur à l'hôpital Saint Jean de Dieu qui réduit les frais de séjour de moitié passant de 7000F à 3500F. Ce tarif préférentiel accordé aux mutualistes est étendu aux coûts de l'ensemble des soins à l'hôpital Saint Jean de Dieu mais les calculs sont effectués sur la base des coûts réels car il est probable que dans futur proche les mutuelles soient facturées de la même façon que tous les clients.

Tableau IX : Le coût des services et prestations ciblés par les mutuelles selon la structure

Services	SPC	hôpital
Grossesse	9500	
Séjour hospitalier		3500*
Chirurgie		50000
Paludisme non grave	1500	
Paludisme grave		15000
Maladie de la peau	5000	
Parasitose intestinale	1500	
Diarrhée modérée	700	
Diarrhée aiguë		12000
IRA		10000
Autres affections Respiratoires	2500	
Anémie modérée	1000	
Anémie grave		17500
Grippe	2500	
Accouchement	15000	
Vaccination	350	
C. post natale	2000	
Radiographie		22000

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

D. DEPENSES TECHNIQUES DES MUTUELLES

1. Les cas attendus dans les mutuelles de santé

Tableau X : Cas attendus dans les mutuelles de santé

Mutuelle	Nombre bénéficiaires	Cas attendus	Grosses attendues	Grossesses à risque	Nombre d'hospitalisations	Nombre de jours d'hospitalisation	Cas chirurgicaux
Lalane	1176	341	54	7	24	96	2
NgayeNgaye	1269	368	58	7	26	104	2
Mboro	1156	336	53	7	24	96	2
Lehar	1300	337	60	8	27	108	2
Fandène	3089	896	142	17	63	252	4
WerWerlé	876	254	39	5	18	72	1
Soppanté	2250	653	104	13	46	184	3
And Faggaru	450	131	26	4	10	40	1
Sanghé	461	134	21	2	9	36	1
Grand Thialy	339	99	16	2	7	28	1
Koudiadiène	2227	646	102	12	45	180	3

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Cette faiblesse du nombre de cas chirurgicaux expliquerait pourquoi toutes les mutuelles ont tendance à proposer maintenant des SSP. L'effet d'une prise en charge d'un cas de neuro-paludisme est certainement plus marqué que celui d'une hernie non étranglée. Si on y ajoute que les cas sont plus fréquents, les risques encourus souvent plus graves avec des possibilités étendues de succès thérapeutique on comprend le choix opéré dans ce sens par les promoteurs qui trouvent là un bon moyen de faire du marketing.

Tableau XI : Cas attendus dans les mutuelles de santé(suite)

Mutuelles	Cas attendus	Paludisme	Maladie de la peau	Parasitose intestinale	Diarrhée	Maladies Respiratoires	Anémie	Grippe	Estomac et œsophage	Œil	oreille	HTA
Lalane	341	126	40	26	24	23	20	18	10	8	7	6
NgayeNgaye	368	136	44	28	26	25	22	19	11	9	8	6
Mboro	336	124	40	25	24	23	20	18	10	8	7	6
Lehar	337	139	45	28	27	26	22	20	11	9	8	6
Fandène	896	330	106	67	63	60	53	47	26	21	18	14
WerWerlé	254	94	30	19	18	17	15	13	8	6	5	4
Soppanté	653	241	77	49	46	44	38	34	19	16	13	10
And Faggaru	131	48	16	10	9	9	8	7	4	3	3	2
Sanghé	134	49	16	10	9	9	8	7	4	3	3	2
Grand Thialy	99	37	12	7	7	7	6	5	3	3	2	2
Koudiadiène	646	238	76	48	45	43	38	34	20	19	16	14

Sources :Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

E. ESTIMATION DE LA PRIME ADEQUATE**Tableau XV : Estimation de la prime réelle par mutuelle**

Mutuelle	prime
Thially	269,67
And Fagaru	295,69
Fandène	255,86
Koudiadiène	254,92
Lalane	258,48
Léhar	259,28
Mboro	259,56
Ngayengaye	257,52
Sanghé	254,61
Soppanté	257,20
Werwerlé	252,14

Sources :Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Le calcul de la prime part des cas probables au sein des mutuelles multipliés par leur tarif actuel dans les structures de soins partenaires des mutuelles. La détermination des cas s'appuie sur les informations des statistiques sanitaires de la région et du niveau national sur la population générale. Les structures d'âge sont en effet les mêmes que celles de la population au niveau des mutuelles et donc la morbidité reste proportionnellement identique. Le nombre réduit de la population mutualiste aurait permis une analyse plus fine. Malheureusement, il n'est pas à ce jour possible de dire avec précision la répartition des adhérents par tranches d'âge et par sexe. Il a toutefois été tenu compte du fait que la mutuelle favorise le risque moral mais aussi l'accès aux soins et par conséquent l'utilisation du service est plus importante. C'est dans ce sens que tous les services préventifs retenus sont considérés comme devant être couverts à 100%. La chirurgie et l'accouchement étant des services inélastiques ont été maximisés. Il en est de même des formes graves des différentes affections couvertes. Cette somme ainsi obtenue correspond aux dépenses attendues. Il y a été ajouté 5% de ce montant pour les dépenses administratives de la mutuelle. Ce taux est fixé par rapport aux normes recommandées qui est de 5 à 10 % des dépenses totales annuelles de la mutuelle de santé (9,10). Dans le cadre de cette étude, ne sont pas comptabilisés les budgets de formation et de sensibilisation et de marketing. Ces rubriques sont considérées comme devant provenir d'organismes de soutien Etatiques ou dans le cadre du partenariat. Dans le même sens pour éviter de charger les cotisants nous n'avons pas intégré le fond de réserve et la marge de sécurité. Dans notre hypothèse de travail ces sommes vont provenir de dotations diverses développées plus loin.

La somme des dépenses techniques et administratives est ainsi répartie entre les bénéficiaires inscrits dans la mutuelle. La part de chaque assuré représente la cotisation annuelle et il devient possible d'indiquer la prime mensuelle en divisant la cotisation annuelle par 12.

Les calculs effectués à l'aide du tableur EXCEL ont permis de fixer la prime dans les conditions sus indiquées (voir annexe).

La prime est au maximum de 270 pour l'ensemble des mutuelles hormis celle de And Fagaru .

F. ESTIMATION DE LA DISPOSITION A PAYER UNE COTISATION

1. Disponibilité à payer la prime :

Tableau XII : Disponibilité des mutualistes à rehausser les cotisations

Mutuelle	Disponibilité des mutualistes à rehausser les cotisations			
	Favorables	%	Non favorables	%
Grand Thially	8	44,4	10	55,6
And Fagaru	20	83,3	4	16,7
Fandène	23	58,9	16	41,1
Koudiadiène	31	93,9	2	6,1
Lalane	25	78	7	12
Léhar	23	69,7	10	30,3
Mboro	12	63	7	37
Ngayengaye	33	94	2	6
Sanghé	16	94	1	6
Soppanté	28	82,4	6	7,6
Werwerlé	15	48,4	16	51,6
Total	234	74,28%	81	25,72%

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Cette estimation indique la mesure dans laquelle les individus sont prêts à payer pour prévenir les risques maladie. On constate le rejet par la majorité des mutualistes de Grand Thially et Werwerlé à l'idée d'un complément de cotisation. Partout ailleurs le principe semble acquis avec cependant une frange importante est réticente à Fandène (41%), à Mboro (37%) et à Léhar (30 %).

A l'intérieur des mutuelles les membres ayant le plus exprimé leur refus à cotiser davantage se retrouvent à Grand Thially et Werwerlé. Sur l'ensemble de l'échantillon 3 personnes n'ont pas répondu à cette question. Parmi les répondants 74,28 % sont en faveur d'une augmentation du taux de cotisation pour un élargissement de la couverture du risque maladie.

2. Augmentation moyenne consentie dans chaque mutuelle

Le montant consenti par les adhérents est variable d'une mutuelle à une autre comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau XIII : Augmentation moyenne mensuelle consentie par bénéficiaire au niveau de chaque mutuelle

Mutuelles	Montant de l'augmentation mensuelle par bénéficiaire
Thially	87,5
And Fagaru	112,5
Fandène	87,5
Koudiadiène	106,7
Lalane	121,7
Léhar	75
Mboro	100
Ngayengaye	72,4
Sanghé	115
Soppanté	94,6
Werwerlé	103,5

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

La volonté de contribution supplémentaire varie entre 25 F au minimum et 500 F au maximum avec une moyenne de 76 F et la médiane est de 75 F.

3. Détermination de la cotisation potentielle mensuelle

Tableau XIV : Détermination de la cotisation mensuelle du bénéficiaire sur la base des intentions à payer et de la cotisation précédente

Mutuelles	Montant actuel	Augmentation Mensuelle	Disposition à payer
Thially	100	87,5	187,5
And Fagaru	300	112,5	412,5
Fandène	200	87,5	287,5
Koudiadiène	100	106,7	206,7
Lalane	150	121,7	271,5
Léhar	100	75	175
Mboro	100	100	200
Ngayengaye	100	72,4	172,4
Sanghé	100	115	215
Soppanté	100	94,6	194,6
Werwerlé	200	103,5	303,5

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

G. DIFFICULTES OU FACILITE DES MUTUELLES A COUVRIR LE COUT POUR L'USAGER DES PRESTATIONS ESSENTIELLES

Il s'agit d'une comparaison de la prime adéquate à la prime potentielle.

Tableau XVI : Comparaison de la prime à la disposition à payer

Mutuelle	Disposition à payer	Prime calculé	Différence
Thially	187,5	269,67	-82,17
And Fagaru	412,5	295,69	+116,8
Fandène	287,5	255,86	+31,64
Koudiadiène	206,7	254,92	-48,22
Lalane	271,5	258,48	+13,02
Léhar	175	259,28	-84,48
Mboro	200	259,56	-59,56
Ngayengaye	172,4	257,52	-85,12
Sanghé	215	254,61	-39,61
Soppanté	194,6	257,20	-62,60
Werwerlé	303,5	252,14	+51,36

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Ce montant supplémentaire consenti majoré de la cotisation actuelle indique jusqu'où le mutualiste peut aller dans l'effort de soins par le canal de la mutuelle de santé. On peut ainsi faire la comparaison de cette somme d'avec la prime calculée pour faire la balance entre les possibilités réelles représentées par les déclarations des concernés et la participation adéquate correspondant à la prime qui est une traduction de leur exigence de couverture de soins et aussi celles des besoins de santé à un niveau plus général déterminés par les fournisseurs de soins. On notera que cette balance est négative sauf pour 4 mutuelles de santé : And Fagaru, Fandène, Lalane et Werwerlé .

H. IMPACT DE LA TAILLE DES MUTUELLES SUR LA PRIME ADEQUATE

L'intérêt de cette question est double :

- La taille de la mutuelle peut réduire le montant des cotisations si les sujets sont généralement en bonne santé tels que les jeunes et si le coût administratif de la mutuelles est minime.
- Une plus grande taille permet de disposer de ressources suffisantes au niveau de la mutuelle garantissant ainsi le respect des engagements vis à vis des clients et des fournisseurs de soins.

Tableau XVII : Prime à payer pour chaque mutuelle selon un taux de couverture de la population cible de 25%, 50%, et 80%

Mutuelles	25%	50%	80%
Thially	255,76	255,41	260,97
And Fagaru	255,67	256,13	255,41
Fandène	255,93	221,79	257,86
Koudiadiène	255,12	256,83	257,12
Lalane	264,79	256,37	263,14
Léhar	254,42	252,52	255,24
Mboro	255,43	254,73	255,32
Ngayengaye	255,91	255,12	239,35
Sanghé	251,53	277,73	255,95
Soppanté	254,21	253,02	255,34
Werwerlé	259,06	256,27	257,54

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Dans notre étude la cotisation varie dans l'intervalle 240F – 280F par mois et par bénéficiaire quelque soit le taux de couverture de la population proposée. Il apparaît donc nettement que la taille de la mutuelle n'a pas une très grande importance dans la mise en place de la mutuelle. En effet la courbe de morbidité étant identique à celle de la population générale il est logique que celle des coûts suive la même allure et reste proportionnelle quelque soit le nombre d'adhérents. La sélection adverse est faible la mutuelle avec les adhésions familiales pratiquées par les mutuelles d'où le respect des structures d'âge. L'offre de service peut commencer dès le franchissement de la période d'observation et l'illustration vient de la mutuelle de Sanghé qui a démarré des activités avec moins de 100 adhérents.

I. POIDS DE LA PRESTATION ADEQUATE DANS LE REVENU

1. Le revenu

Tableau XVIII : Le revenu annuel et mensuel moyens des adhérents.

Mutuelle	Revenu moyen annuel	Revenu moyen mensuel
Thially	478611	39884
And Fagaru	578250	48187
Fandène	277448	23120
Koudiadiène	319712	26642
Lalane	593715	49476
Léhar	185847	15487
Mboro	372363	31030
Ngayengaye	407228	33935
Sanghé	312411	26034
Soppanté	443932	36994
Werwerlé	320322	26693

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

2. Répartition du revenu mensuel en centiles dans les mutuelles étudiées

Tableau XIX : Répartition du revenu mensuel en centiles dans les mutuelles étudiées

Mutuelle	Minimum	Centile25	médiane	Centile75	maximum
Thially	0	20000	30000	80000	170000
And Fagaru	0	14835	30000	80000	133335
Fandène	0	5210	16665	25000	183335
Koudiadiène	1950	13125	20835	33417	100000
Lalane	3750	9740	18750	57500	500000
Léhar	1584	8665	11458	20713	39083
Mboro	0	16335	24165	35000	120000
Ngayengaye	8750	18335	23335	34585	200000
Sanghé	3335	12500	26665	35000	58000
Soppanté	2500	19875	30688	50000	109584
Werwerlé	0	10000	16665	36000	125000

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Aucune des mutuelles n'atteint un revenu moyen de 50.000 Fcfa ; ce qui dénote d'un niveau de vie relativement modeste des populations même s'il existe des familles aisées au milieu de la grande masse de personnes très pauvres.

Le premier centile des adhérents a un revenu compris entre 0 et 240.000F par an soit un revenu mensuel n'excédant pas 20.000F. Ces adhérents sont justement les chefs de ménages dont la taille moyenne est de 8 personnes.

La moitié des mutualistes gagne 30.000F au plus et le revenu maximal rencontré dans la série est 200000F par mois. Les plus pauvres se retrouvent à Thially, Werwerlé et And Fagaru qui sont des mutuelles urbaines d'abord puis les deux dernières sont des mutuelles de femmes. Viennent les mutuelles de la zone industrielle de Mboro.

En dehors de l'activité principale déclarée les mutualistes mènent diverses activités secondaires dans 38,92% des cas pour remédier aux difficultés de survie quotidienne dans ce milieu dont la principale source de revenu reste la terre. Ainsi les petits travaux de commerce, vente d'objets d'art, la vannerie l'embouche regroupés sous le vocable de secteur informel permet de meubler à la fois le temps et subvenir aux besoins immédiats à l'occasion des funérailles ou des fêtes non programmées. L'élan de solidarité traditionnelle demeure encore vivace car 36,5 % des personnes interrogées indiquent qu'elles bénéficient d'un soutien d'un membre de la famille allant d'une simple contribution à la prise en charge complète des dépenses engagées. La participation moyenne est alors de 138000 F par an avec une étendue allant de 20.000 F à 900.000 F.

Les autres sources de revenu propres aux adhérents existent et 6,1 % d'entre eux seraient dans cette situation grâce à un investissement comme un véhicule de transport ou la location d'une maison. La situation économique des mutualistes connaît une répercussion au niveau de leur participation à la mutuelle de santé car seulement 69,50 % affirment être à jour vis à vis de leur mutuelle respective. Les non réguliers évoquent comme principales raisons le manque de ressources financières d'abord (61,79%), la négligence(16%), le manque de confiance aux responsables des mutuelles(8%).

Ceux qui parmi les mutualistes bénéficient d'une couverture sociale (4,5 %) autre que la mutuelle sont les salariés solidaires de la cause de leur communauté ou les retraités à la recherche d'une couverture complémentaire.

3. Proportion du revenu moyen affectée à la mutuelle de santé

Tableau XX : Proportion du revenu moyen affectée à la mutuelle de santé

Mutuelle	Montant calculé	Nombre moyen de bénéficiaires par Adhérent	Coût par adhérent	Revenu moyen mensuel	% cotisation sur le revenu
Thially	269,67	3	809	39884	2,02
And Fagaru	295,69	4	1182,76	48187	2,45
Fandène	255,86	8	2046,88	23120	8,85
Koudiadiène	254,92	6	1529,52	26642	5,74
Lalane	258,48	5	1291,40	49476	2,61
Léhar	259,28	6	1555,74	15487	10,04
Mboro	259,56	5	1297,80	31030	4,18
Ngayengaye	257,52	5	1287,60	33935	3,79
Sanghé	254,61	5	1273	26034	4,88
Soppanté	257,20	6	1543,20	36994	4,17
Werwerlé	252,14	5	1260,70	26693	4,72

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

4. Proportion du revenu destiné à la cotisation selon les tranches de revenu

Plus le revenu est faible plus on a tendance à y puiser une part importante pour maintenir son état de santé.

Dans la zone de Léhar et de Fandène le niveau de cotisation est supérieur à 7% du revenu. La solidarité exceptionnelle dans ces deux mutuelles explique qu'aucun ne veuille rester en marge de la dynamique générale malgré les difficultés financières tout aussi importantes dans ces localités. Cet élargissement du panier de la ménagère par un apport supplémentaire au

financement des soins par le canal de la mutuelle se fera au détriment des autres charges compressibles ou par la sollicitation de parents pour s'acquitter des cotisations.

Tableau XXI : Proportion du revenu destiné à la cotisation selon les tranches de revenu

Mutuelle	Montant calculé	Coût par adhérent	%revenu minimal	% revenu centile25	% revenu médian	% revenu centile75	% revenu maximal
Thially	269,67	809	indéterminé	4,04	2,70	1	0,47
And Fagaru	295,69	1182,76	indéterminé	7,97	3,94	1,48	0,89
Fandène	255,86	2046,88	Indéterminé	39,29	12,28	8,18	1,12
Koudiadiène	254,92	1529,52	78,44	11,65	7,34	4,58	1,53
Lalane	258,48	1291,40	34,44	13,26	6,88	2,24	0,25
Léhar	259,28	1555,74	98,21	17,95	13,58	7,51	3,98
Mboro	259,56	1297,80	Indéterminé	7,94	5,37	3,70	1,08
Ngayengaye	257,52	1287,60	14,83	7,02	5,52	3,72	0,64
Sanghé	254,61	1273	38,17	10,18	4,77	3,64	2,19
Soppanté	257,20	1543,20	61,73	7,76	5,02	3,08	1,40
Werwerlé	252,14	1260,70	Indéterminé	12,60	7,56	3,50	1

Sources : Enquêtes mémoire D.S.E.S. DAFF 1999-2000

Les montants proposés ne couvrent pas en général la prime calculée pour les risques à prendre en charge sauf dans le cas des mutuelles de femmes ainsi que les anciennes mutuelles villageoises de Lalane et Fandène. La grande sensibilisation sur les avantages qu'offrent la mutuelle constitue la principale explication de cette volonté à payer dans ces villages qui ont vécu des cas pratiques apportant la preuve de l'intérêt des mutuelles.

Le montant alloué par le canal des mutuelles de santé représente une proportion faible par rapport à celui généralement engagé par les ménages pris individuellement. L'enquête sur les priorités estime les dépenses de santé à 7% du revenu des ménages. Malgré la présence de la mutuelle de santé la disparité des revenus constitue un problème. Les proportions engagées par les adhérents seraient très importantes allant de 7% à 98% chez ceux dont les revenus sont très faibles ou inexistantes. Il s'avère que les adhérents sans ou avec peu de ressources sont pris en charge par certains villageois qui les soutiennent par le canal de la mutuelle plus tôt que

d'avoir à faire face aux frais engagés pour les soins à l'occasion d'éventuels cas de maladie. L'étude montre que 25% des adhérents sont dans cette situation de précarité avec un revenu qui ne dépasse pas 20.000F CFA, une somme déjà insuffisante à nourrir la famille. Entre 25% et 50% des adhérents ont un niveau de revenu intermédiaire et leur engagement financier vis à vis de la mutuelle va de 4% à 13% de leur disponibilité selon les mutuelles. En l'absence d'un revenu régulier l'adhérent contractera une dette vis à vis de la mutuelle. C'est le cas de 31,44% des mutualistes qui ont porté leur choix sur la cotisation annuelle après les récoltes. Les plus favorisés c'est à dire ceux dont le niveau de revenu est le plus élevé ne participerait que pour environ 1% de leur revenu à la mutuelle de santé.

Le revenu des adhérents ne peut pas donc couvrir les dépenses de santé prioritaires des mutualistes. On distingue trois catégories de mutualistes selon leur niveau de revenu ou sa périodicité :

- les exclus réels qui sont représentés par le centile 25 de revenu des adhérents
- les exclus partiels entre le centile 25 et le médian
- Les exclus temporaires c'est à dire ceux dont sources de revenus sont liées à un travail non salarié.

VII. DISCUSSION

DISCUSSION

Les membres des mutuelles ne se satisfont de cette dernière que lorsqu'ils arrivent à un système de prévoyance qui couvre l'essentiel des risques encourus. Dans notre étude pour atteindre cet objectif chaque bénéficiaire doit cotiser environ 270F CFA par mois. Cette prime se situe bien au-delà des pratiques habituelles des mutuelles de Thiès. En effet sur les 11 mutuelles étudiées seules celle de And Fagaru atteint ce montant avec un taux de cotisation fixée à 300F CFA. Ces résultats confirment la première hypothèse de notre travail selon laquelle les cotisations pratiquées actuellement ne suffisent pas à faire face aux dépenses techniques devant couvrir les soins dits essentiels. Cette prime adéquate est aussi supérieure à celles pratiquées ailleurs. Dans son étude Thiambiano (2) trouve une cotisation de 100F et 200F par mois pour couvrir la santé maternelle et infantile dans deux groupements de femmes organisés dans un projet crédit santé FAARF/OMS. A Juillet et coll proposent une prime familiale de 700F pour un ménage de 2 adultes et 5 enfants. Les services couverts se limitent cependant aux soins de santé primaires, l'hospitalisation et les médicaments essentiels.

Il faut préciser que le calcul du taux de cotisation n'a pas pris en compte le ticket modérateur, le plafond ou les franchises en raison de l'hétérogénéité de la pratique des mutuelles. Ces instruments ont plu tôt pour but de gérer les risques c'est dire lutter contre la fraude, l'escalade des coûts, l'abus etc.

Les causes de la discordance entre la prime actuelle et le montant adéquat peuvent s'expliquer par :

- 1- Le manque de volonté des membres à payer plus pour des raisons relevant d'un manque de confiance aux promoteurs ou alors d'une faible sensibilisation sur la notion de solidarité entre mutualiste. Dans notre étude plus de 74% des membres sont disposés à faire mieux. Seulement le montant consenti (76 F) ne comble pas le besoin de cotisation complémentaire. Il a fallu pousser l'analyse pour vérifier si la contrainte provient de la faiblesse des ressources des membres adhérents.
- 2- En effet malgré cette volonté réaffirmée, quatre mutuelles sont disposées à couvrir la prime adéquate. Le niveau de revenu est encore faible pour un bon nombre de mutualistes. Le tableau XXI indique que quatre mutuelles utilisent moins de 4% du revenu de leurs

membres pour la cotisation. Ceux dont les revenus se situent en deçà du 25^o centile participent pour une proportion comprise entre 4% et 39% de leurs ressources et de 2,7% à 13% pour un revenu compris entre le 25^o centile et la médiane. A partir du 50^o centile la tendance s'inverse à l'exception de la mutuelle de Fandène. Dans notre série les mutuelles ne permettent qu'une accessibilité financière de l'ordre de 50%. Ce résultat permet de déduire que les mutuelles sont un système d'assurance maladie destinée non pas aux pauvres mais seulement aux populations du secteur informel qui ont la possibilité de payer la prime adéquate. Il faut donc trouver d'autres stratégies de prise en charge des plus vulnérables dans le cadre de ces mutuelles. Il n'existe pas une étude directe sur l'accès des pauvres aux services de santé au Sénégal(7). Cependant ENDA-TM considère que seulement 25% des sénégalais parviennent à acheter correctement leur ordonnance(10) alors que dans notre étude 50% des assurés le réalisent. Malgré leurs insuffisances les mutuelles permettent une meilleure accessibilité financière aux soins en relevant le pourcentage de personnes effectivement couvertes. Les autres adhérents (au-dessous du revenu médian) ne seront couverts que partiellement ou temporairement en raison des limites financières ou alors de l'irrégularité de la disponibilité des ressources.

Le nombre de mutuelles investiguées est suffisamment important pour permettre aux autorités de tutelle d'en faire une base de travail pour la promotion de la mutualité au Sénégal. Par exemple il n'est plus besoin de répéter à chaque fois les études de faisabilité financière tout au moins à court terme pour fixer une prime initiale aux mutuelles en gestation dans le secteur informel.

Ce travail permet d'identifier les préoccupations de l'ensemble des acteurs dans le domaine de la mutualité en l'occurrence les adhérents d'abord en analysant leur volonté et leur capacité à payer. Ensuite on s'est intéressé aux fournisseurs de soins dont le niveau de connaissance actuelle de la mutualité nécessite un programme de renforcement des compétences pour une meilleure collaboration avec les dirigeants des mutuelles.

Ces résultats ouvrent d'autres champs de recherche notamment en testant leur robustesse par une analyse de sensibilité à partir des variations simulées des coûts des soins ou des taux de morbidité. On pourrait ainsi identifier les éléments clés à considérer dans le calcul de la prime.

Ultérieurement d'autres investigations peuvent s'intéresser aux bénéficiaires pour spécifier les préoccupations en matière de soins mais aussi pour une meilleure intégration des taux de morbidité spécifiques. Enfin une étude « exposés _non exposés » à la mutuelles permettra de compléter le travail dans le domaine de l'accessibilité économique aux soins par le canal des mutuelles.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IX. RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Un certain nombre de mesures sont indispensables pour améliorer l'accessibilité financière des mutuelles de santé. Le système mutualiste a l'avantage de se bâtir sur des fondements organisationnels solides centrés sur les réels préoccupations de la communauté. Ces institutions peuvent être des précurseurs d'un système de santé viable à condition de l'accompagner d'autant qu'elles concernent au premier chef les urbains déshérités et les paysans. Toute action durable au niveau de ces communautés doit intégrer :

- 1- la nécessité d'une étude de faisabilité surtout économique en déterminant le paquet de soins prioritaires minimal garanti pour tout mutualiste. Ce paquet doit inclure nécessairement les soins préventifs qui sont incontournables pour améliorer l'état de santé des populations. Cette étude de faisabilité doit aussi être centrée autour des préoccupations des mutualistes pour respecter l'esprit d'autonomie qui est un levier essentiel dans une organisation d'assurance maladie volontaire. Elle doit aussi tenir compte des aptitudes à payer des concernés ainsi que la période propice à l'appel de cotisation.
- 2- Mettre en place un système de contrôle des risques dans les mutuelles. Il s'agit de lutter contre certains comportements qui peuvent couler la mutuelle et qui ont pour noms l'abus, la fraude, la surconsommation, le risque moral ; un ensemble de phénomènes qui surviennent au cours de la mise en service de la mutuelle. Avec le temps il peut aussi apparaître l'antisélection. Les éléments de contrôle sont classiques mais ils devraient être définis au moment de l'étude faisabilité des mutuelles pour que nul n'ignore leur nécessité et s'engage en connaissance de cause. Il peut s'agir de la fixation du ticket modérateur, d'un plafond ou de franchise. La mutuelle peut aussi indiquer des formes d'adhésions appropriées comme l'adhésion familiale et instaurer un contrôle social qui est très adapté dans ce milieu où tous se connaissent.
- 3- Trouver des mécanismes d'appui aux mutuelles en général à travers un programme spécifique de soutien aux exclus donc les pauvres et des personnes à risques qui sont une cible prioritaire en santé publique. Il s'agit des enfants de 0 à 5 ans ; des femmes enceintes et des personnes âgées de plus de 65 ans ; le plus souvent sujets à des maladies chroniques qui progressent insidieusement. En pratique, il s'agit par le canal des mutuelles de permettre la prise en charge médicale de cette cible à travers une subvention aux

mutuelles qui les intégreraient dans un cadre familial ou alors par un remboursement direct aux structures de soins sur la base d'une convention signées avec la mutuelle de la localité. En contrepartie la mutuelle doit s'engager à tout mettre en œuvre pour la réalisation de certains objectifs de couverture sanitaire comme :

- la vaccination des enfants
 - le suivi nutritionnel et pondéral
 - la consultation prénatale avec exigence d'une couverture adéquate
 - la consultation post natale
 - le contrôle médical tous les 6 mois des personnes âgées pour détecter les maladies chroniques
 - La motivation systématique des femmes à adhérer à un programme de planification familiale en contribuant à en déterminer le besoin au sein de la localité.
- 4- Encourager l'équité verticale par la fixation d'un montant consensuel à verser proportionnellement au revenu de chacun. Un travail de sensibilisation est utile pour ne pas donner à cette participation une nature contraignante. A ce processus on peut intégrer certaines contributions communautaires telles que la zakat chez les musulmans et l'aumône obligatoire du mois de carême chez les chrétiens
- 5- Plutôt que de travailler à partir de la cellule familiale la sensibilisation doit intéresser en premier lieu des structures organisées comme des associations de femmes, des regroupements d'agriculteurs, d'artisans ou de commerçants. Il faut en effet partir de la dynamique organisationnelle existante dans le pays pour pénétrer dans les foyers. Chaque membre d'une association a un foyer d'origine et représente une cible idéale qui présente l'avantage d'avoir compris l'intérêt des regroupements dans l'atteinte des objectifs de développement socio-économique. L'adhésion de la famille se trouve ainsi facilitée avec probablement plus de garanties de respect des engagements vis à vis de la mutuelle de santé. Il faut rappeler que le secteur informel constitue 60% des travailleurs urbains qui ne bénéficient d'aucune protection sociale. Leur esprit d'initiative autorise à en attendre de bonnes perspectives dans le domaine de la mutualité de santé.
- 6- Assurer une chaîne de solidarité à l'échelle communautaire par la prise en compte de la décentralisation qui a permis la mise en place la communauté rurale, la commune et le

conseil régional. Ces entités détiennent certaines compétences parmi lesquelles la santé de leurs administrés. Il s'agit alors d'éviter la multitude de petites mutuelles villageoises qui auront chacune à négocier et signer directement une convention avec la structure de soins ou de second niveau. La création d'une fédération de mutuelle de santé s'impose dans le respect des limites territoriales pour en assurer une bonne administration. La limitation du nombre d'interlocuteurs rend efficace l'action des fournisseurs à l'endroit des mutualistes mais également ces derniers ont intérêt à unir leur force pour discuter dans une position confortable la prise en compte de leurs préoccupations. Ils peuvent ainsi détenir des sièges au conseil d'administration des établissements de santé, apporter leur avis sur la qualité des soins offerts et même de permettre une nouvelle lecture de la mission des comités de santé qui céderaient la place à des comités de gestion dans les structures périphériques au sein desquelles les mutualistes auraient une voie délibérative. Les collectivités locales tout comme l'Etat peuvent alléger la charge aux mutuelles en instaurant la gratuité des soins pour certaines affections graves comme le paludisme ou la bilharziose ou tout au moins la prise en charge de leur volet préventif à partir de leur fond de dotation ou alors avec à l'appui de partenaires au développement. Il s'agit d'initier des stratégies novatrices et appropriées tendant à assurer la bonne santé des populations au sein des collectivités locales. Les pistes de réflexion suivantes indiquent la voie à suivre :

- Tirant leçon de l'expérience de partenariat entre des mutuelles (Fandène et Fissel) et une organisation non gouvernementale (C.C.F.) on peut envisager le parrainage des enfants à l'intérieur des mutuelles. Les responsables locaux devraient entrer en contact avec toute association ou institution susceptible de les accompagner dans ce sens. Le P.N.C. qui lutte contre la malnutrition dans les faubourgs des villes à l'échelle nationale peut être un partenaire idéal.
- Les associations de ressortissants des villages seront contactées pour prendre en charge les cotisations des plus démunis afin de lutter contre l'exclusion de cette frange de la population.
- Pour lutter contre l'endettement au niveau des mutuelles il sera préconisé de fixer un forfait harmonisé de participation aux frais d'hospitalisation de 10 à 15 jours. Lorsque le malade séjourne moins que prévu l'excédant est reversé dans une caisse qui servira de réassurance pour les mutuelles et gérée par la fédération des mutuelles de santé. De la même manière, les jours supplémentaires seront pris en charge par la caisse de réassurance. Ceci évite aux mutualistes de s'endetter au près de leur fournisseurs de

soins et ne risquent plus alors la suspension temporaire ou la poursuite judiciaire pour rupture d'engagement et défaut de paiement.

- 7- Au niveau national la mise en place d'un service de solidarité nationale qui s'intéresse plus à l'impact de la pauvreté sur l'accès aux soins parmi d'autres missions est nécessaire et plus adapté qu'une direction de l'action sociale dont l'intervention est ponctuelle pendant les sinistres (incendie, inondation).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

X. CONCLUSION

CONCLUSION

L'étude des mutuelles de santé de la région de Thiès a permis d'interroger 318 adhérents, des dirigeants de mutuelles de santé et de 20 prestataires de soins partenaires. Les résultats obtenus ont permis d'identifier les maladies prioritaires qui correspondent aux besoins des usagers de ces structures d'assurance maladie et qui recourent pour l'essentiel ceux des fournisseurs de soins. Il s'agissait d'une étude de cas sur la faisabilité économique à posteriori qui tire son utilité de ce que pour une fois les différents acteurs se sont exprimés sur les risques à couvrir sur une large étendue géographique. Le taux de la cotisation adéquate est d'environ 270F CFA par bénéficiaire et par mois mais dans ces conditions au moins 25% des adhérents seront exclus du système. Ceux dont le revenu est limité en sont partiellement ou temporairement privés. Dans le souci d'intégrer le maximum de personnes à ce système de solidarité qui peut aboutir à la mise en place d'un système de santé solide certaines mesures d'accompagnement s'imposent. Elles passent par un partenariat plus direct entre les structures de santé et les mutuelles, l'implication des collectivités locales dans plusieurs domaines d'appui et l'engagement plus soutenu des autorités centrales. La mise en place d'une agence de solidarité nationale par exemple servira de tutelle aux mutuelles tout en apportant l'appui et les conseils nécessaires afin de les rendre viables et pérennes.

XI. BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ABDRAMANE Saliou : Expérience originale de l'assurance maladie des paysans : la mutuelle de santé de Fandène, région de Thiès, Sénégal, mémoire DSGS, Mai 1994
2. Alimata Thiombiano : Le projet crédit santé FAARF/OMS (une expérience du Burkina Faso)
3. A. Juillet et coll : Étude de faisabilité d'une mutuelle de santé s'adressant à la clientèle des FSU-Com 1995
4. Atim Chris : Guide Méthodologique pour une recherche sur le terrain sur les mutuelle de santé en Afrique occidentale et centrale ; PHR
5. Atim Chris : The contribution of mutual health organisations to financing, delivering, and access to health care : Synthesis of research in nine west and central african countries
6. Auray J. P. et coll : Dictionnaire commenté de l'économie de la santé
7. Banque Mondiale : Sénégal :évaluation des conditions de vie ; Mai 1996
8. Barbara Mc Parke et coll. : Application de l'initiative de Bamako : Bilan provisoire de cinq rapports de pays
9. Barlow Robin ,François Diop, Ngoné Touré Sène : Synthèse sur le financement de la santé au Sénégal depuis 1980, PHR
10. BIT, ACOPAM : Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants
11. BIT : Guide méthodologique pour la réalisation d'études de cas de systèmes d'assurances santé (micro- assurance). Août 1999
12. BIT : Social health insurance
13. CAMARA KARIM médecin- commandant: Financement de la santé dans le contexte socio-économique de pénurie. L'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal ; mémoire DSGS. Juin 1995
14. Conseil national du patronat (CNP) : Situations actuelles des IPM et réflexion sur l'amélioration de l'assurance maladie au Sénégal ; Mars1996
15. Diallo Issakha ; Peter J. Fos : Alternative Methods of health care financing in developing countries
16. Diallo Issakha : Financement de la santé au Sénégal : problématique, solutions actuelles et perspectives

17. Diop François : Demande de service de santé maternelle dans la zone de Niakhar , groupe SERDHA
18. Diop François: Etudes de cas des mutuelles de santé au Bénin Mai 1998
19. Letourmy Alain : L'assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration ; juin 1996
20. MASSIOT Nathalie : Etudes de cas du Sénégal, programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM/ANMC Janvier 1998
21. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan : Répertoires des villages de la régions de THIES RGPH 88
22. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan : Plan d'orientation pour le développement économique et social 1996-2001 (IX plan).
23. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan : Enquêtes sur les priorités, dimensions sociales de l'ajustement
24. Ministère de la Santé, DHSP : Statistiques sanitaires et démographiques ,année 1996
25. Ministère de la Santé : Plan régional de développement sanitaire de THIES 97-2001
26. MSPAS CAMICS/ : Rapport d'activités de 1999
27. Ministère de la santé : Les cahiers de charges des disciplines médicales et chirurgicales (synthèse)
28. Ministère de la santé CAMICS : Plan d'action de 1998
29. MSPAS, DHPS Division des Statistiques Sanitaires et Démographiques de 1996 Juin 1998
30. MSPAS, RM THIES : Plan régional de développement sanitaire 1997-2001
31. MSPAS : Plan national de développement sanitaire 1998-2007 Juin 1997
32. MOUBARI François: Tarification des prestations et accessibilité financière dans les circonscriptions socio-sanitaires de DOLISEE au CONGO : Cas du centre de santé n°4 DSGS Avril 1994.
33. OKO André : Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement de la santé : Cas du Sénégal, 1992
34. OMS : Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement
35. OMS : Influence de la participation financière des populations sur la demande des soins de santé : Une aide pour la réflexion pour les pays les plus démunis ; principes directeurs. Série macro-économie, santé et développement n°6, octobre 1993.
36. O.M.S. : Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous Mai 1987
37. O.M.S. : Santé pour tous au XXIe Siècle.

38. O.M.S. : Appui économique aux stratégies nationales de santé pour tous
39. Perrot Jean: La naissance de nouveaux partenariats dans les pays en développement : l'évolution des systèmes de financement de la santé - Mai 1998
40. PHR : Coûts ,financements, et efficacité des prestataires de santé au Sénégal. Une analyse comparative des prestataires publics et privés Order N°MAR11F
41. PHR : Qualité des soins de santé et recouvrement des coûts en Afrique . Preuves du Niger et du Sénégal Order N°MAR13F PHR
42. PHR : Coûts, financements et efficacité des établissements sanitaires publics au Sénégal Order N°MAR10F PHR
43. PHR : Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : Résumé de la synthèse et des études de cas. Mai 1998
44. République du Sénégal : Opportunité de la création d'une caisse nationale d'assurance maladie ; Novembre 1996.
45. Ronald J. Vogel, Ph.D. : Financement des soins de santé au Sénégal : Evaluation critique Juin 1986
46. Sakho Moustapha : Etude sur la mobilisation des ressources pour le financement de la santé Février 1997
47. SEGMA (société d'étude et de gestion maladie) : Étude de faisabilité d'un régime général de protection maladie ; Secteur moderne.
48. Shepard Donald S.et coll : Les régimes d'assurance maladie au Zaïre, 1992
49. Shepard Donald S. : Ph.D : Planification de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire; extrait1998
50. Tine Justin Guillabert Alpha : La problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural sénégalais : Les mutuelles de santé de Fandène, Lalane –Diassap et leur impact sur le recours aux structures de soins modernes. Mémoire de D.E.A. 1998-99
51. Wade Mamadou : Gérer une mutuelle de santé. Guide de formation
52. A. Juillet et Coll : Etude de faisabilité d'une mutuelle s'adressant à la clientèle des FSU-com (1999)

CESAG BIBLIOTHEQUE

XII. ANNEXES

Questionnaire destiné à l'adhérent

Prénoms et nom :

Adresse : (nom de la mutuelle)

Age :

Profession :

- fonctionnaire
- Ouvrier d'entreprise
- Paysan
- Secteur informel
- Autre(s) ; préciser

niveau d'instruction :

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur
- néant

Avez –vous une autre activité génératrice de revenu ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

Combien gagez –vous annuellement à partir de votre activité principale ?

Combien gagez –vous annuellement à partir de votre(vos) autre(s) activité(s) ?

Existe-t-il un membre de votre famille qui exerce une activité quelconque ?

Oui Non

Si oui laquelle?

Quel est son revenu annuel ?

Avez vous d'autres sources de revenu tel que le transfert d'argent de votre enfant établi à l'étranger ou alors un investissement(immobilier, véhicule de transport) ?

- oui
- non

Si oui , à combien estimez –vous ce revenu par an ?

Quelle est le montant annuel de la contribution des autres membres de la famille à la dépense ?

Votre famille est elle prise en charge par une autre institution (IPM, mutuelle, une autre organisation de même nature?

- Oui
- Non

Si oui ; combien contribuez-vous dans cette institution?

Quel est le montant actuel des cotisations annuelles de ta famille au niveau de la mutuelle ?

Etes vous à jour ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

Quelles sont les services et prestations offerts par la mutuelles ?

- 1-
- 2
- 3
- 4

Quels autres services et prestations souhaiteriez-vous que la mutuelle prenne en charge ?

- 1
- 2
- 3
- 4

Etes- vous prêts à contribuer d'avantage pour élargir les services de la mutuelle?

- Oui
- Non

Si oui de combien par bénéficiaire?

Combien de personnes sont couvertes par la mutuelle chez vous (procédez par étape)

Age	Sexe(masculin)	Sexe(féminin)
0-11 mois		
12-36 mois		
37- 59 mois		
5-17 ans		
18- 55 ans		
> 55ans		

Quelle selon vous la meilleure période pour récupérer les cotisations des membres ?

- Chaque mois
- Tous les trois mois
- Tous les six mois
- Une fois l'an après les récoltes

Avez- vous utilisé les services de la mutuelle durant ces trois derniers mois ?

Oui

Non

Si oui Combien de fois?

Etes vous satisfaits des services de la mutuelles ?

Oui

Non

Pourquoi?

Questionnaire- mutuelle

Code mutuelle :

Date :

Code enquêteur :

Code superviseur :

Région :

Département :

District sanitaire :

Structure de référence :

(où orientez-vous vos adhérents ?)

Date de création de la mutuelle :

Quelle est la population de la zone couverte? :

Quelle est votre population cible ? :

Fonction des personnes contacts de la mutuelle dans la structure

(ceux qui sont censés examiner vos adhérents dans la structure)

XXXXXXXXXX	médecin	Chirurgien	Infirmier	Sage femme	Autre(précis)
Poste de Santé					
Mat. Rurale					
Centre de santé					
Hôpital régional					
Hôpital national					

Nombre d'adhérents :

Nombre de bénéficiaires(âge et sexe des bénéficiaires)

Age	Sexe(masculin)	Sexe(féminin)
0-11 mois		
12-36 mois		
37- 59 mois		
5-17 ans		
18- 55 ans		
> 55ans		

Date de début des activités

Quel est le montant de la cotisation annuelle ?

Quel est le montant des dépenses pour les soins au cours de l' année écoulée ?

Quel est le montant des dépenses administratives au cours de l'année écoulée ?

Quel est le nombre de prestataires agréés

Au niveau primaire

Au niveau secondaire

Quel est le montant des recettes au cours de l'année écoulée ?

Quel a été le taux de recouvrement des cotisation ?

Quelle explication donnez vous à cette situation (si le TR est faible) ?

Existe-t-il un ticket modérateur?

Oui Non

Si Oui ; de combien?

Existe-t-il un plafond?

Oui Non

Si Oui ; de combien?

Existe-t-il des franchises?

Oui Non

Si Oui ; de combien?

Liste des services couverts par la mutuelles

<i>Soins ambulatoires</i>	<i>Soins hospitaliers</i>	<i>laboratoires</i>	<i>radiographie</i>

Questionnaire - personnel de santé

Date :

Région :

Département :

District :

Type de structure :

- poste de santé :
- centre de santé :
- maternité rurale :
- hôpital régional :

Quelle est votre fonction ? :

Soins ambulatoires

Prestations et services	Prise charge par la mutuelle		Coût de la consultation	Coût des médicaments
	oui	non		
CPC				
CPN				
Consultation post natale				
Vaccination				
Accès palustre simple				
Diarrhée sans déshydratation				
Infection bronchique				
Infection pulmonaire				
Autres affections bronchopulmonaires				
Affections de la peau				
Plaie traumatique				
Plaie sur- infectée				
Soins infirmiers				
Planification familiale				

Complétez au besoin.

Soins hospitaliers

PRESTATIONS ET SERVICES	PRISE CHARGE PAR LA MUTUELLE		DUREE MOYENNE SEJOUR	COUT CONSULTION	COUT MEDICAMENTS
	oui	non			
Chirurgie viscérale					
Orthopédie					
Chirurgie traumatique					
Petite chirurgie					
accès pernicieux					
- IRA					
Diarrhée avec déshydratation					
lèpre					
Tuberculose					
diabète					
HTA					
Sida					
Cancer					
Ophthalmologie					
Lunetterie					
Extraction dentaire					
Soins dentaires					
appareillage					
Frais de séjour					

Complétez au besoin.

Analyses de laboratoire

Prestations et services	Prise en charge par la mutuelle		Coût
	oui	non	
GE/FROTTIS			
CULOT URINAIRE			
ECBU			
PU/24H			
BAAR/FROTTIS			
Taux d'HB			
HT			
NFS			
VS			
TS			
TC			
LCR			
ED Selles			
Coproculture			
Papanicolaou			
Cytologie			
Hémoculture			

Complétez au besoin.

Radiographie et assimilés :

Prestations et services	Prise en charge par la mutuelle		Coût
	oui	non	
RX Poumons			
RX télécœur			
RX crâne			
RX os longs			
RX ASP			
RX Rachis			
RX Bassin			
UIV			
Lavement Baryté			
TOGD			
Salpingographie			
Sacroradiculographie			
Myélographie			
Echographie			
Endoscopie			
Côlonoscopie			
ECG			
Echo Doppler			
Scanner			

Complétez au besoin.

Les structures du district de Thiès

dénomination	Statut de la structure	Zone	Distance par rapport à la structure de référence
Centre de santé de THIES	Publique	urbaine	Structure de référence
PS chemin de fer	privée	urbaine	3
PS Cité Lamy	Publique	urbaine	5
PS Cité Niakh	Publique	urbaine	3
PS Diakhao 10 ^{ème}	Publique	urbaine	1
PS Diender	Publique	rurale	36
PS Dominicaine	Privée	urbaine	1,5
PS Escale Thiès	Publique	urbaine	fermé
PS Grand Thiès	Publique	urbaine	2
PS Hanène	Publique	rurale	17
PS Hersent	Publique	urbaine	5
PS Kayar	Publique	rurale	47
PS Keur Matar Guèye	Publique	rurale	28
PS Keur Moussa	Publique	rurale	28
PSMbourl	Publique	urbaine	5
PSMédina Fall	Publique	urbaine	5
PSMousnack	Publique	rurale	38
PSNotto	Publique	rurale	17
PSPetit Thialy	Publique	urbaine	3
PSPout Escale	Publique	urbaine	17
PSPout Ndiack	Publique	rurale	21
PSRandoulène	Publique	urbaine	2
PSSome Pathé	Publique	urbaine	4
PSSoune Sérère	Publique	rurale	26
PSTakhi Kaw	Publique	urbaine	3
PSTassette	Publique	rurale	28
PS Thor Diender	Publique	rurale	3
PS Touba Peycouk	Publique	rurale	10
PS Fandène	Privée	rurale	10
PSKeur Moussa	Privée	rurale	28
PS Peycouk	Privée	rurale	10
PS Siscomar	Privée	rurale	12
PS Saint-Joseph	Privée	urbaine	2

Les structures du district de Tivaoune

Dénomination	Type de structure	Zone	Distance par rapport à la structure de référence
CS Tivaoune I	publique	urbaine	Centre de référence
CS Tivaoune II	publique	urbaine	Centre de référence
PS Chérif Lo	publique	rurale	10
PS Darou Alpha	publique	rurale	26
PS Darou Khoudoss	publique	rurale	20
PS Diogo	publique	rurale	45
PS Mboro	publique	rurale	25
PS Méouane	publique	rurale	35
PS Ndiassane	publique	rurale	6
PS Notto Gouye Diama	publique	rurale	55
PS Pambal	publique	rurale	20
PSPire	publique	rurale	15
PS Taïba Ndiaye	publique	rurale	12
PS Kouadiène	Privée	rurale	11
PS Lam Lam	Privée	rurale	10
PS Mboro Mission	Privée	rurale	26
PS Mont Rolland	Privée	rurale	23
PS Pambal	Privée	rurale	20
PS Fass Boye	Privée	rurale	55
PS ICS Mine	Privée	rurale	26
PS ICS chimie	Privée	rurale	26
PS Mboro Privé	Privée	rurale	26
PS Midine	Privée	rurale	?

Couverture par catégorie socioprofessionnelle

Indicateurs	Normes O.M.S.	Situation nationale	Situation régionale
Nombre d'habitants pour un médecin	5000 à 10000	12082	78443
Nombre d'habitants pour un infirmier	300	4625	5739
Nombre d'habitants pour une SFE	300	3371	3608
Nombre de médecins	-	768	52
Nombre d'infirmiers	-	2006	165
Nombre de SFE	-	633	56

Mutuelle	Date de création	Début prestations	Cotisation	adhérents	bénéficiaires	Pop. cible	Taux couvert.	Services offerts
Faggu	10/ 94	03/ 95	2° cat. = 2.500 F/ trim/famille 3°cat. = 1.000 F/ trim/famille	788	4000	Retraités (nombre indéterminé)		Soins hospitaliers
Fandène	05/ 86	01/ 90	200F/mois 250F/mois élèves 5.000F/mois famille CCF	400	3089	3720	83,03%	S. Hosp.
Fissel	05/ 99	-	100F/mois	195	2500 ?	28.000	8,9%	SSP
Koudiadiène	07/ 93	01/ 96	50F/mois	416	1930	3500	55,16%	
Lalane	01/ 94	01/ 96	150F/mois	189	989	1500	65,97%	S. Hosp
Ménagère Grand Thiès	01/ 97	02/ 97	100F/mois	100	300			SSP et S hosp
Mont-Rolland	01/ 96	05/ 96	100F/mois	446	2080		21,44%	
St. Jean-Baptiste	05/ 92	05/ 92	100F/mois	328	2000			
Sanghé	01/ 96	05/ 97	100F/mois	400	1357	4800	28,27%	S.hosp
Darou Salam	08/97	-	100F/mois	40	200			
Mboro	08/96	-	100F/mois	242	1040	12000	8,66%	
Ngaye Ngaye	08/94	08/ 96	100F/mois	610	1230	15000	8,2%	
Léhar	1995	-	100F/mois	336	2180	6000	36,33%	S.hosp.
Grand Thialy	07/ 96	-	200F/mois	141	339	15000	2,26%	SSP/S. hosp
Wer Werlé	Déc 98	-	200F/mois	190	876	2100	41,71%	SSP/S. hosp
Baback	Déc. 98	-	100F/mois	80	590			
Soppanté	Mai 97	10/ 98	100F/bénéficiaire/mois	395	2550	19200	11,72%	SSP/S. hosp
And Fagarou	Juin 98	11/ 99	300F/mois	118	405	18000	2,5%	S.hosp.

Sources : Rapport GRAIM de 1998

Mutuelle de santé de :Ngayengaye

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	58	9500	551000
Séjour hospitalier	182	3500	637000
Chirurgie	2	50000	100000
Paludisme non grave	122	1500	183000
Paludisme grave	14	15000	210000
Maladie de la peau	44	5000	220000
Parasitose intestinale	28	1500	42000
Diarrhée modérée	23	700	16100
Diarrhée aiguë	3	12000	36000
IRA	2	10000	20000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	23	2500	57500
Anémie modérée	19	1000	19000
Anémie grave	1	17500	17500
Grippe	19	2500	47500
Accouchement	58	15000	870000
Vaccination	58	350	20300
C. post natale	58	2000	116000
Radiographie	26	22000	572000
Total			3734900
Dépenses techniques			3734900
Dépenses administratives			186745
Dépenses Totales			3921645
Bénéficiaires			1269
Montant annuel par bénéficiaires			3090,34279
Taux de cotisations mensuel			257,5285658

Mutuelle de santé de : Koudiadiène

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	102	9500	969000
Séjour hospitalier	315	3500	1102500
Chirurgie	3	50000	150000
Paludisme non grave	214	1500	321000
Paludisme grave	24	15000	360000
Maladie de la peau	76	5000	380000
Parasitose intestinale	48	1500	72000
Diarrhée modérée	40	700	28000
Diarrhée aiguë	5	12000	60000
IRA	3	10000	30000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	40	2500	100000
Anémie modérée	36	1000	36000
Anémie grave	2	17500	35000
Grippe	34	2500	85000
Accouchement	102	15000	1530000
Vaccination	102	350	35700
C. post natale	102	2000	204000
Radiographie	45	22000	990000
Total			6488200
Dépenses techniques			6488200
Dépenses administratives :			324410
Dépenses Totales :			6812610
Bénéficiaires :			2227
Montant annuel par bénéficiaires :			3059,097441
Taux de cotisations mensuel :			254,9247867

Mutuelle de santé de :Grand Thially

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	16	9500	152000
Séjour hospitalier	49	3500	171500
Chirurgie	1	50000	50000
Paludisme non grave	33	1500	49500
Paludisme grave	4	15000	60000
Maladie de la peau	12	5000	60000
Parasitose intestinale	7	1500	10500
Diarrhée modérée	6	700	4200
Diarrhée aiguë	1	12000	12000
IRA	1	10000	10000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	6	2500	15000
Anémie modérée	6	1000	6000
Anémie grave	0	17500	0
Grippe	5	2500	12500
Accouchement	16	15000	240000
Vaccination	16	350	5600
C. post natale	16	2000	32000
Radiographie	7	22000	154000
Total			1044800
Dépenses techniques :			1044800
Dépenses administratives :			52240
Dépenses Totales :			1097040
Bénéficiaires :			339
Montant annuel par bénéficiaires :			3236,106195
Taux de cotisations mensuel :			269,6755162

Mutuelle de santé de : Sanghé

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	21	9500	199500
Séjour hospitalier	63	3500	220500
Chirurgie	1	50000	50000
Paludisme non grave	44	1500	66000
Paludisme grave	5	15000	75000
Maladie de la peau	16	5000	80000
Parasitose intestinale	10	1500	15000
Diarrhée modérée	8	700	5600
Diarrhée aiguë	1	12000	12000
IRA	1	10000	10000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	8	2500	20000
Anémie modérée	8	1000	8000
Anémie grave	0	17500	0
Grippe	7	2500	17500
Accouchement	21	15000	315000
Vaccination	21	350	7350
C. post natale	21	2000	42000
Radiographie	9	22000	198000
Total			1341450
Dépenses techniques :			1341450
Dépenses administratives :			67072,5
Dépenses Totales :			1408522,5
Bénéficiaires :			461
Montant annuel par bénéficiaires :			3055,363341
Taux de cotisations mensuel :			254,6136117

Mutuelle de santé de : And Fagaru

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	26	9500	247000
Séjour hospitalier	70	3500	245000
Chirurgie	1	50000	50000
Paludisme non grave	43	1500	64500
Paludisme grave	5	15000	75000
Maladie de la peau	16	5000	80000
Parasitose intestinale	10	1500	15000
Diarrhée modérée	8	700	5600
Diarrhée aiguë	1	12000	12000
IRA	1	10000	10000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	8	2500	20000
Anémie modérée	8	1000	8000
Anémie grave	0	17500	0
Grippe	7	2500	17500
Accouchement	26	15000	390000
Vaccination	26	350	9100
C. post natale	26	2000	52000
Radiographie	10	22000	220000
Total			1520700
Dépenses techniques			1520700
Dépenses administratives :			76035
Dépenses Totales :			1596735
Bénéficiaires :			450
Montant annuel par bénéficiaires :			3548,3
Taux de cotisations mensuel :			295,6916667

Mutuelle de santé de : Soppanté

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	104	9500	988000
Séjour hospitalier	322	3500	1127000
Chirurgie	3	50000	150000
Paludisme non grave	217	1500	325500
Paludisme grave	24	15000	360000
Maladie de la peau	77	5000	385000
Parasitose intestinale	49	1500	73500
Diarrhée modérée	40	700	28000
Diarrhée aiguë	6	12000	72000
IRA	3	10000	30000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	41	2500	102500
Anémie modérée	36	1000	36000
Anémie grave	2	17500	35000
Grippe	34	2500	85000
Accouchement	104	15000	1560000
Vaccination	104	350	36400
C. post natale	104	2000	208000
Radiographie	46	22000	1012000
Total			6613900
Dépenses techniques :			6613900
Dépenses administratives :			330695
Dépenses Totales :			6944595
Bénéficiaires :			2250
Montant annuel par bénéficiaires :			3086,486667
Taux de cotisations mensuel :			257,2072222

Mutuelle de santé de : Werwerlé

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	39	9500	370500
Séjour hospitalier	126	3500	441000
Chirurgie	1	50000	50000
Paludisme non grave	85	1500	127500
Paludisme grave	9	15000	135000
Maladie de la peau	30	5000	150000
Parasitose intestinale	19	1500	28500
Diarrhée modérée	16	700	11200
Diarrhée aiguë	2	12000	24000
IRA	1	10000	10000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	16	2500	40000
Anémie modérée	14	1000	14000
Anémie grave	1	17500	17500
Grippe	13	2500	32500
Accouchement	39	15000	585000
Vaccination	39	350	13650
C. post natale	39	2000	78000
Radiographie	18	22000	396000
Total			2524350
Dépenses techniques :			2524350
Dépenses administratives :			126217,5
Dépenses Totales :			2650567,5
Bénéficiaires :			876
Montant annuel par bénéficiaires :			3025,761986
Taux de cotisations mensuel :			252,1468322

Mutuelle de santé de : Fandène

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	142	9500	1349000
Séjour hospitalier	441	3500	1543500
Chirurgie	4	50000	200000
Paludisme non grave	297	1500	445500
Paludisme grave	33	15000	495000
Maladie de la peau	106	5000	530000
Parasitose intestinale	67	1500	100500
Diarrhée modérée	57	700	39900
Diarrhée aiguë	6	12000	72000
IRA	5	10000	50000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	55	2500	137500
Anémie modérée	50	1000	50000
Anémie grave	3	17500	52500
Grippe	47	2500	117500
Accouchement	142	15000	2130000
Vaccination	142	350	49700
C. post natale	142	2000	284000
Radiographie	63	22000	1386000
Total			9032600
Dépenses techniques :			9032600
Dépenses administratives :			451630
Dépenses Totales :			9484230
Bénéficiaires :			3089
Montant annuel par bénéficiaires :			3070,323729
Taux de cotisations mensuel :			255,8603108

Mutuelle de santé de : Léhar

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	60	9500	570000
Séjour hospitalier	189	3500	661500
Chirurgie	2	50000	100000
Paludisme non grave	125	1500	187500
Paludisme grave	14	15000	210000
Maladie de la peau	45	5000	225000
Parasitose intestinale	28	1500	42000
Diarrhée modérée	24	700	16800
Diarrhée aiguë	3	12000	36000
IRA	2	10000	20000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	24	2500	60000
Anémie modérée	21	1000	21000
Anémie grave	1	17500	17500
Grippe	20	2500	50000
Accouchement	60	15000	900000
Vaccination	60	350	21000
C. post natale	60	2000	120000
Radiographie	27	22000	594000
Total			3852300
Dépenses techniques :			3852300
Dépenses administratives :			192615
Dépenses Totales :			4044915
Bénéficiaires :			1300
Montant annuel par bénéficiaires :			3111,473077
Taux de cotisations mensuel :			259,2894231

Mutuelle de santé de :Mboro

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	53	9500	503500
Séjour hospitalier	168	3500	588000
Chirurgie	2	50000	100000
Paludisme non grave	112	1500	168000
Paludisme grave	12	15000	180000
Maladie de la peau	40	5000	200000
Parasitose intestinale	25	1500	37500
Diarrhée modérée	21	700	14700
Diarrhée aiguë	3	12000	36000
IRA	2	10000	20000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	21	2500	52500
Anémie modérée	19	1000	19000
Anémie grave	1	17500	17500
Grippe	18	2500	45000
Accouchement	53	15000	795000
Vaccination	53	350	18550
C. post natale	53	2000	106000
Radiographie	24	22000	528000
Total			3429250
Dépenses techniques :			3429250
Dépenses administratives :			171462,5
Dépenses Totales :			3600712,5
Bénéficiaires :			1156
Montant annuel par bénéficiaires :			3114,803201
Taux de cotisations mensuel			259,5669334

Mutuelle de santé de :Lalane

Services à couvrir	Nombre de cas attendus	Coût unitaire	Coût total
Grossesse	54	9500	513000
Séjour hospitalier	168	3500	588000
Chirurgie	2	50000	100000
Paludisme non grave	113	1500	169500
Paludisme grave	13	15000	195000
Maladie de la peau	40	5000	200000
Parasitose intestinale	26	1500	39000
Diarrhée modérée	21	700	14700
Diarrhée aiguë	3	12000	36000
IRA	2	10000	20000
Autres affections			0
Bronchopulmonaires	21	2500	52500
Anémie modérée	19	1000	19000
Anémie grave	1	17500	17500
Grippe	18	2500	45000
Accouchement	54	15000	810000
Vaccination	54	350	18900
C. post natale	54	2000	108000
Radiographie	24	22000	528000
Total			3474100
Dépenses techniques :			3474100
Dépenses administratives :			173705
Dépenses Totales :			3647805
Bénéficiaires :			1176
Montant annuel par bénéficiaires :			3101,875
Taux de cotisations mensuel			258,4895833