



INSTITUT
SUPERIEUR
DE SANTE

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION



**DIPLÔME SUPERIEUR
D'ECONOMIE DE LA SANTE
(DSES)**

2ème Promotion

Mémoire de fin de formation

THEME

**IMPACT DE LA MUTUELLE SUR L'EQUITE
DANS LE FINANCEMENT ET L'UTILISATION
DES SOINS PAR LES POPULATIONS
FEMININES VULNERABLES DU SENEGAL**

Présenté et soutenu par:

KOUAMÉ BIDIO KOUASSI

Sous la direction de:

CHRIS ATIM, PhD

Conseiller régional PHR pour
l'Afrique du Centre et de l'Ouest

M0012DSES01

2

Mai 2001

Bibliothèque du CESAG



108240



SOMMAIRE



	PAGES
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES	VI
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET SCHÉMAS.	VIII
INTRODUCTION	1
1.1 POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE AU SENEGAL	6
1.1.1 Politique sanitaire et financement de la santé.....	6
1.1.2 Le système de protection maladie au Sénégal.....	7
1.2 SITUATION SANITAIRE AU SENEGAL	9
1.2.1 Organisation du système de soins.....	9
1.2.1 Quelques indicateurs de morbidité et mortalité.....	10
1.3 LES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL	12
1.3.1 Contexte d'émergence.....	12
1.3.2 Inventaire des mutuelles.....	14
1.3.3 Cadre juridique et institutionnel des mutuelles au Sénégal.....	17
CHAPITRE 2 :DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE	19
2.1 ENONCE DU PROBLEME	20
2.2 IMPORTANCE DU PROBLEME.....	22
2.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	22
2.3.1 Objectif général.....	22
2.3.2 Objectifs spécifiques.....	23
2.4 DEFINITION DE CONCEPTS	23
2.4.1 L'équité.....	23
2.4.2. La mutuelle de santé	25
2.4.3 Problème de genre.....	26
2.5 UTILISATEURS DE L'ETUDE	26
2.6 LIMITES DE L'ETUDE	27
CHAPITRE 3 : ETAT DES CONNAISSANCES	29
CHAPITRE 4 : MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES	34
4.1 MODELE THEORIQUE	35
4.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE	36

CHAPITRE 5 : STRATEGIE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE	37
5.1 STRATEGIE DE RECHERCHE	38
5.2 ZONE DE L'ETUDE	38
5.3 POPULATION A L'ETUDE	38
5.4 VARIABLES A L'ETUDE	39
5.5 ORGANISATION ET RECUEIL DES DONNEES	39
5.6 SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	42
5.7 METHODE D'ANALYSE.....	43
CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES RESULTATS	45
6.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON	46
6.1.1 Caractéristiques des femmes :	46
6.1.2 Caractéristiques des mutuelles de santé.....	51
6.2 FINANCEMENT DES SOINS.....	53
6.3 UTILISATION DES SOINS.....	57
CHAPITRE 7 : ANALYSE ET DISCUSSION.....	60
7.1 OBSERVATIONS GENERALES	61
7.2 FINANCEMENT DES SOINS.....	63
7.3 UTILISATION DES SOINS.....	67
7.4 SYNTHÈSE DES RÉPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE POSEES.....	69
7.4.1 La capacité des femmes à payer régulièrement leurs cotisations dépend du niveau et de la structure de leurs revenus.....	69
7.4.2 La fixation des primes au sein des mutuelles de santé n'obéit pas toujours aux règles d'équité contributive verticale.....	71
7.3.3 Les besoins de santé spécifiques et prioritaires des femmes sont mal définis par les mutuelles de santé	72
CHAPITRE 8 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	74
8.1 LE FINANCEMENT DES SOINS.....	76
8.2 UTILISATION DES SOINS.....	77
8.3 PENÉTRATION DES GROUPES CIBLE.....	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXES	83

DEDICACES

Nous dédions ce mémoire à :

Notre papa bien aimé, **Mouso KOUASSI**. Plus qu'un géniteur tu es tout pour nous. Tu as fait de notre éducation une priorité indiscutable. Merci pour tous les sacrifices que tu as consentis pour nous.

Notre maman, **Kouma YAOUA**. Difficile de trouver les mots justes pour t'exprimer ce que tu représentes pour nous. Car, contre vents et marrées et souvent au prix de ta vie, tu nous as donné amour et protection. Tu as toujours eu une oreille attentive

Que le seigneur vous garde encore longtemps parmi nous pour bénéficier des fruits de tant d'efforts consentis.

Feue notre sœur cadette, **Alice Adja KOUASSI**, rappelée à Dieu le 26 octobre 2000, au milieu de cette formation et au moment de la conception de ce document. Repose en paix.

Nos frères et sœur **YAO, DELPHINE, FOFIE, KOUMA, KOFFI, KOUASSI**, avec qui nous avons toujours partagé les moments les plus difficiles de la vie. Vous nous avez toujours assisté au moment où nous nous sommes laissés gagner par le découragement. Soyez en remerciés.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements aux institutions et aux personnes qui, par leur appui financier, leur encadrement, les services offerts et le soutien manifesté à notre endroit depuis notre admission au concours, ont rendu possible notre formation et facilité notre séjour à Dakar jusqu'à la soutenance du présent mémoire.

Le **Gouvernement** de la République de Côte d'Ivoire, pour avoir autorisé le financement de cette formation.

M. **Mo MENA**, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé (ISS) du Cesag.

Mme **Laurence CODJIA**, sous Directrice de l'ISS.

M. **Chris ATIM**, PhD, Conseiller régional du PHR, pour l'Afrique du Centre et de l'Ouest, qui a accepté d'encadrer ce travail malgré ses nombreuses occupations.

M. **Hervé LAFARGE**, Maître de conférence à l'université Paris Dauphine, France.

Mme **Fatoumata GUEYE**, la mère des stagiaires de l'ISS..

Mme **Léontine GNASSOU**, enseignante à l'ISS

Le **CESAG** et tout son personnel administratif et enseignant

A l'ensemble des stagiaires de la promotion 1999-2001 de l'ISS

Les stagiaires des autres Instituts du **CESAG**, anciens et nouveaux.

Les amis et frères Ivoiriens en service et en formation au **CESAG**, et particulièrement, MM **Prosper KOFFI** et **Paulin GNOKOBLE**.

M **Racine GUENE** et Mme

L'équipe Afrique du programme **BIT-STEP**

MM **Cheikh Vilane** et **André WADE** et les coordinations régionales des mutuelles de Dakar et de Thiès

M. Albert Adjemian KONIAN et Mme

M. Kouamé Boye KOBENAN et Mme

M Maïzan KOUAKOU planteur à Yézimala

M. BIDIO Koffi Eugène, commissaire de police

M. DONGNI Kouadio Jean , planteur et chef d'entreprise à Abidjan

M. MAHAMAN Yao Georges, entrepreneur à Abidjan

M. Ouattara AMADOU, représentant résident de la FAO à Brazzaville (Congo).

Lt Maurice Dongni SIGNO, Lt de Douane à Abidjan

M. Denis KOBENAN KRA et Madame

M. Gervais GOHOUROU et Mme

Le Président Yao BEDIKON et tous les membres de la Mutuelle de développement de Yézimala

Nos fidèles compagnes, Yvonne, Saly, Balkissa, Binta, Marry, Khady, Yawa, Lili, Brigitte, Sophie, merci pour tout.

Tous nos fidèles amis que nous ne pouvons désigner individuellement ici.

Tous ceux et toutes celles qui nous ont gratifiés d'un sourire motivant au moment où nous étions essoufflés, esseulés.

Tous ceux que nous aurons omis de citer, la mémoire étant faillible.

ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES

% : Pourcentage

‰ : Pour mille

(...) Référence bibliographique

AG: Assemblée Générale

ANMC: Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne.

ASC: Association Sportive et Culturelle

BIT: Bureau International du Travail.

CA: Conseil d'Administration

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CAMICS: Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé

CRMD: Coordination Régionale des Mutuelles de Dakar.

CS: Centre de Santé

EDS: Enquêtes Démographiques et Sanitaires

ESIS: Enquêtes Sénégalaises sur les indicateurs de santé.

GIE: Groupement d'Intérêt Economique

GPF: Groupement Professionnel féminin

GRAIM: Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes

HSJD: Hôpital Saint-Jean de Dieu

IB: Initiative de Bamako

IPM: Institution de Prévoyance Maladie

IPRES: Institution de Prévoyance et de Retraite au Sénégal

MS: Mutuelle de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PAMS: Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé

PAS: Programme d'Ajustement Structurel

PDIS: programme de Développement Intégré du secteur de la Santé

PHR: Partnership for Health Reform

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PROFEMU: PROgramme des FEMmes en Milieu Urbain

PS: Poste de Santé

RGPH: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SSP: Soins de Santé Primaires

SSR: Soins de Santé de la Reproduction

STEP: Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté.

USAID: United State Agency for International Development

WSM: World Solidarity / Solidarité Mondiale

Liste des tableaux, graphiques et schémas.

<u>TABLEAU 1</u> : <i>INDICATEURS DE MORTALITÉ (EN %0)</i>	11
<u>TABLEAU 2</u> : <i>INDICATEURS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION. (EN %0)</i>	12
<u>TABLEAU 3</u> : <i>SITUATION DES MUTUELLES DANS LA RÉGION DE THIÈS</i>	15
<u>TABLEAU 4</u> : <i>SITUATION DES MUTUELLES DANS LA RÉGION DE DAKAR</i>	16
<u>TABLEAU 5</u> : <i>SYNTHÈSE DES CONCEPTIONS DE L'ÉQUITÉ</i>	25
<u>TABLEAU 6</u> : <i>ECHÉANCIER</i>	40
<u>TABLEAU 7</u> : <i>RÉPARTITION DES MEMBRES PAR ÂGE</i>	46
<u>TABLEAU 8</u> : <i>ÉTAT MATRIMONIAL</i>	47
<u>TABLEAU 9</u> : <i>TAILLE DES CONCESSIONS</i>	47
<u>TABLEAU 10</u> : <i>PERSONNES À CHARGE</i>	48
<u>TABLEAU 11</u> : <i>NIVEAU D'ÉDUCATION DES FEMMES</i>	50
<u>TABLEAU 12</u> : <i>PRÉSENTATION DES MUTUELLES ET RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON</i>	51
<u>TABLEAU 13</u> : <i>PÉNÉTRATION DE LA POPULATION CIBLE</i>	52
<u>TABLEAU 14</u> : <i>REVENUS MENSUELS DES FEMMES</i>	54
<u>TABLEAU 15</u> : <i>ÉVALUATION DE LA PRIME ANNUELLE (EN F CFA)</i>	55
<u>TABLEAU 16</u> : <i>NIVEAU DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS</i>	56
<u>TABLEAU 17</u> : <i>RÉGULARITÉ DU PAIEMENT DES COTISATIONS</i>	56
<u>TABLEAU 18</u> : <i>RECOURS AUX MUTUELLES</i>	59
<u>GRAPHIQUE 1</u> : <i>PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS</i>	49
<u>GRAPHIQUE 2</u> : <i>STATUT PROFESSIONNEL</i>	53
<u>SCHEMA 1</u> : <i>PYRAMIDE SANITAIRE DU SÉNÉGAL</i>	10

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les crises financières répétées de ces deux dernières décennies qui ont profondément affecté les économies des pays pauvres, n'ont pas épargné le Sénégal. Comme les autres pays africains ces crises l'ont amené à adopter des Programmes d'Ajustement structurel (PAS). Ces PAS ont provoqué le démantèlement du secteur privé et une paupérisation accrue de la population, surtout des travailleurs du secteur informel. Les ressources publiques ont fléchi et avec elles les budgets alloués aux secteurs sociaux, l'éducation et la santé. Ainsi, l'accès aux services de santé est devenu difficile, en particulier pour les franges les plus pauvres de la population et les femmes. En effet, le système de sécurité sociale est financé à partir des contributions des travailleurs et des employeurs et ne couvre que les personnes opérant dans le secteur de l'emploi formel. Ce système ne couvre pas les travailleurs du secteur informel ou du monde rural. Au Sénégal, cette population sans protection sociale représente 90 % de la population totale. La recherche de solutions alternatives pour rendre les services de santé disponibles pour l'ensemble de la population a favorisé l'émergence au début des années 90 d'un mouvement mutualiste.

Ainsi, la décennie 90 a connu une explosion du mouvement mutualiste au Sénégal avec pour cible principale les acteurs du secteur informel. Elles permettent à leurs membres de financer les dépenses de santé par un partage volontaire et solidaire des risques, favorisant ainsi un accès aux soins de santé. De même, elles permettent au système de santé de disposer d'un mécanisme supplémentaire de mobilisation des ressources de la communauté.

A la fin des années 90, on constate une extension du mouvement à la création de mutuelles exclusivement féminines mises en place par les femmes et gérées par elles afin de prendre en compte leurs problèmes spécifiques de santé. Ces mutuelles sont pour la plupart soutenues par les partenaires au développement et initiées à travers des réseaux de solidarité déjà structurés.

Malgré cela, une importante population féminine n'a toujours pas accès aux soins de santé de base, et les mutuelles n'enregistrent pas encore l'affluence attendue. Les mutuelles arrivent-elles à satisfaire les besoins spécifiques et prioritaires des femmes membres? Les mutualistes accèdent-elles de façon équitable aux services de santé ? Quelle est l'influence de l'équité verticale contributive sur la définition des primes à payer au sein des mutuelles ?

La réponse à ces questions justifie cette étude. Des enquêtes ont été menées auprès de femmes mutualistes et de responsables gestionnaires de mutuelles de santé dans les régions de Dakar et Thiès. Les résultats sont présentés dans la deuxième partie de ce document. La première partie dresse l'état des connaissances et les cadres théorique et conceptuel.

Chapitre 1

CADRE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : CADRE DE L'ETUDE

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain. Selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), ce pays vaste de 197 000 km² compte 9 037 906 habitants en 1998. Le pays est divisé en dix régions administratives, subdivisées chacune en départements, en arrondissements et en communautés rurales.

Situées à l'Ouest du Sénégal, les régions de Dakar et Thiès sont voisines. Si la région de Dakar est limitée à l'Est par celle de Thiès, et partout ailleurs par l'océan atlantique, Thiès partage ses frontières à l'Ouest avec Dakar, à l'Est par les régions de Fatick et de Diourbel et, au Nord par la région de Louga.

Dakar et Thiès abritent 40 % des neuf millions de Sénégalais. Cette population est composée essentiellement de femmes et de jeunes de moins de vingt ans qui représentent respectivement 52 % et 60 %.

A Dakar, 96 % de la population est urbaine, chiffre qui est de 39 % pour la région de Thiès. A l'image de l'ensemble du pays, la pauvreté est une réalité dans les deux régions où les secteurs informel et moderne de l'activité économique coexistent avec prédominance du premier.

Plusieurs Groupements Professionnels de Femmes (GPF), Associations Sportives et Culturelles (ASC) animent des activités socioculturelles et économiques à Dakar et Thiès. Ces groupements constituent pour la plupart, des appuis à l'emploi dans le secteur non structuré dit « informel ». Ils développent en plus des activités de prévention et de promotion de la santé. Certains ont même créé pour leurs membres des mutuelles de santé comme c'est le cas des mutuelles Wer Werlé du PROFEMU à Thiès et Dakar.

De même que les mutuelles And Fagarou et Grand Yoff également à Thiès et Dakar, créées avec l'appui de Enda Graaf.

1.1 POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE AU SENEGAL.

La politique nationale de la santé fait ressortir les acteurs du financement du secteur d'une part, et d'autre part, le système national de protection sociale.

1.1.1 Politique sanitaire et financement de la santé.

Comme la plupart des Etats africains, la politique sanitaire s'appuie sur le plan national de développement sanitaire(PNDS). Les objectifs prioritaires du plan décennal 1998-2007 concernent les reformes institutionnelles, l'amélioration de l'offre et de l'accroissement des performances du système de santé.

Premier responsable de la santé, l'Etat s'engage à augmenter chaque année le budget alloué à la santé de 0.5% pour atteindre 9% conformément aux recommandations de l'OMS.

Malgré la mobilisation de ressources additionnelles par le recouvrement des coûts des médicaments et des prestations coordonné par les comités de santé, les ressources demeurent insuffisantes. Les collectivités locales sont tenues de participer au financement à hauteur de 8% de leurs recettes. A cette liste s'ajoutent les institutions de protection sociales dont les IPM, l'IPRES, les mutuelles de santé et les assurances privées qui constituent des structures de mobilisation de ressources additionnelles.

Les bailleurs de fonds participent également et activement au financement du système. En effet, les organismes bilatéraux et multilatéraux, les ONG,

interviennent à travers les projets et programmes sectoriels, pour ainsi appuyer l'OMS et l'UNICEF qui constituent les financeurs principaux parmi les bailleurs.

L'ensemble de ces programmes gouvernementaux et des bailleurs est coordonné par le **PDIS (Programme de Développement Intégré de la Santé)** afin d'harmoniser toutes ces interventions en conformité aux besoins prioritaires. Cette structure n'est pas liée au système national de protection sociale.

1.1.2 Le système de protection maladie au Sénégal.

Le système de protection maladie au Sénégal comprend une assurance maladie obligatoire et des systèmes facultatifs.

► **La protection maladie obligatoire**

Elle concerne les agents de la fonction publique, les salariés du secteur privé et les salariés retraités à travers la caisse de sécurité sociale, les IPM et l'IPRES.

La caisse de sécurité sociale est financée par le budget de l'Etat. Elle prend en charge les frais médicaux à 80 % (les médicaments étant à la charge du malade).

Les IPM conjointement financées par les travailleurs et le patronat assurent entre 40 et 80% du montant des prestations (soins médicaux et médicaments).

Enfin, l'IPRES qui couvre partiellement les frais médicaux des retraités ayant occupé des emplois salariés est financée par des cotisations régulièrement prélevées sur les pensions.

A côté de ce système obligatoire, réservé au secteur structuré se développent des systèmes facultatifs alternatifs plus orientés vers le secteur dit informel. Ils constituent une réponse à l'absence de protection sociale de ce secteur.

► **Les systèmes facultatifs**

Ils sont composés des assurances privées commerciales et des mutuelles de santé.

D'une part, les assurances privées offrent des contrats individuels ou groupe aux cadres d'entreprises et aux travailleurs libéraux. Les montants des primes sont fonction du risque individuel des souscripteurs.

D'autre part et depuis une décennie, des mutuelles de santé ont vu le jour. Ces mutuelles peuvent être de deux types :

a- Les mutuelles complémentaires qui assurent les prestations non prises en charge par le système obligatoire, comme la mutuelle Faggu, mutuelle des forces armées, de la douane...

b- Les mutuelles dites de "premier franc" assurent la couverture sociale des travailleurs exerçant dans le secteur informel de l'activité économique. Elles sont bâties sur des réseaux de solidarité traditionnelle ethnique ou professionnelle. On les retrouve sur l'ensemble du territoire national aussi bien en zone urbaine que rurale. Malgré leurs moyens encore modestes, elles couvrent presque entièrement les frais d'hospitalisation.

1.2 SITUATION SANITAIRE AU SENEGAL

1.2.1 Organisation du système de soins

La pyramide sanitaire au Sénégal présente trois niveaux de soins : le niveau district, le niveau régional et le niveau national.

a) Le district médical correspond à l'entité opérationnelle de base du système de santé. Il offre divers types de soins selon la structure sanitaire (case, poste ou centre de santé). Généralement localisées dans les villages, les cases de santé produisent des soins de premier secours. Les communautés rurales et certains quartiers urbains abritent les postes de santé qui offrent des soins de santé primaires. Au sommet du district se trouve le centre de santé qui dispense des soins secondaires.

b) La région médicale constitue le deuxième niveau de la pyramide. Elle comprend les hôpitaux régionaux qui produisent des soins de santé tertiaires. C'est le niveau intermédiaire de la pyramide.

c) Enfin, au sommet de la pyramide se trouve le niveau national. Il correspond aux soins spécialisés dispensés par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ici, sont également développées la formation et la recherche. Le Sénégal dispose de deux CHU, tous localisés à Dakar. Les deux régions disposent des infrastructures hospitalières suivantes:

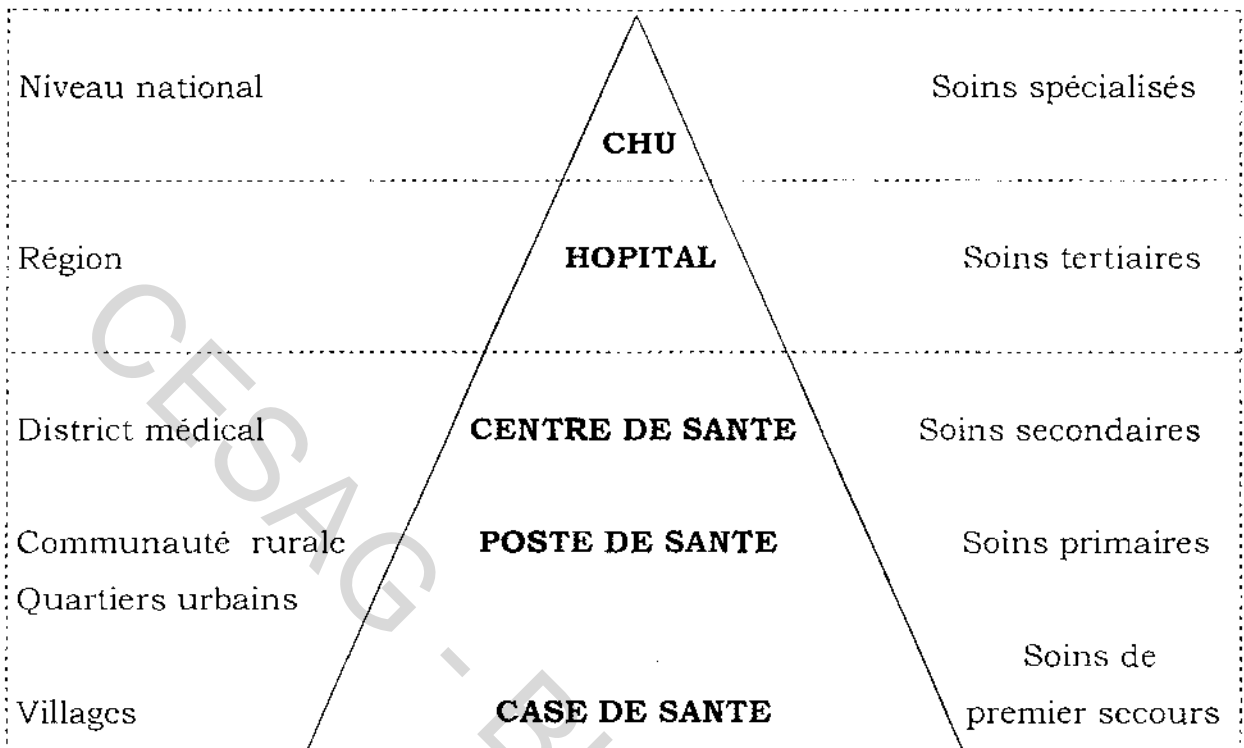
A Dakar :

- 2 CHU
- 7 hôpitaux
- 11 centres de santé
- 108 postes de santé.

A Thiès :

- 2 hôpitaux (hôpital régional et hôpital Saint Jean de Dieu)
- 9 centres de santé
- 94 postes de santé.

Schéma 1 : Pyramide sanitaire du Sénégal



1.2.1 Quelques indicateurs de morbidité et mortalité

a) La morbidité.

Au Sénégal, la morbidité pour l'ensemble du pays est de 38.4 %(ESIS 1999)¹. Le paludisme constitue la première cause de morbidité avec près du tiers des affections(33 %). Les dix premières causes de morbidité sont dans l'ordre le paludisme, les maladies de la peau, les maladies diarrhéiques, les maladies respiratoires, les anémies, la grippe, les affections bucco dentaires, les maladies de l'œil et les maladies intestinales.

b) La mortalité

La mortalité au Sénégal reste élevée malgré la baisse enregistrée ces dernières années. Selon l'ESIS 1999, le taux brut de mortalité est estimée à 18% et l'espérance de vie à la naissance de 54 ans. Les régions de Dakar et

de Thiès présentent des taux de mortalité en dessous de la moyenne nationale. Autant il constitue la principale cause de morbidité, le paludisme est la première cause de mortalité dans toutes les structures sanitaires du pays. Les indicateurs suivants permettent d'apprécier la mortalité comparée des deux régions avec les moyennes nationales. Les taux sont plus faibles à Thiès et Dakar comparativement à la moyenne nationale.

Tableau 1 : Indicateurs de mortalité (en ‰)

Mortalité	Dakar	Sénégal	Thiès
Néonatale	33	37	23
Post néonatale	17	30	28
Infantile(de 0 à 1 an)	50	68	52
Juvénile(de 1 à 4 ans)	49	77	38
Infanto-juvénile (de 0 à 4 ans)	97	139	87

Sources: EDS² III, 1997

Les indicateurs de santé de la reproduction donnent les chiffres suivants pour les deux régions.

¹ ESIS: Enquêtes Sénégalaises sur les Indicateurs de Santé, 1999.

² Enquêtes Démographiques et Sanitaires, III, 1997.

Tableau 2 : Indicateurs de santé de la reproduction. (en ‰)

	Dakar	Sénégal	Thiès
CPN (consultations prénatales)	98	82	92
Accouchements assistés	84	47	58
Vaccination de la mère contre le tétanos	93	83	89
Nombre de naissances par femme. (en nombre absolu)	4.2	5.7	5.9

Sources: EDS III, 1997

Hormis les accouchements assistés dont le taux est plus faible à Thiès, les autres indicateurs sont plus faibles dans les deux régions qu'au niveau national.

1.3 Les mutuelles de santé au Sénégal

1.3.1 Contexte d'émergence

Comme beaucoup de pays africains, le Sénégal a une longue expérience en matière de solidarité communautaire. Il existe d'importantes bases associatives aussi bien en ville que dans les zones rurales dont les actions sont orientées vers l'entraide et le développement communautaire. La mutualité s'est donc développée à travers ces réseaux traditionnels. Des mutuelles modernes existent mais sont pour la plupart des mutuelles

complémentaires, comme les mutuelles des forces armées, de la douane. L'émergence des mutuelles de santé sous leur forme actuelle date d'une décennie. La naissance du mouvement mutualiste remonte en 1989 avec la création de la mutuelle de Fandène sur l'initiative du diocèse de Thiès avec l'appui de l'hôpital Saint Jean de Dieu. L'église a joué un rôle fondamental dans le développement des mutuelles dans la région de Thiès.

Aujourd'hui, le mouvement s'est élargi à des associations professionnelles ou autres groupements sur l'ensemble du territoire national et se présente comme une alternative à l'absence de protection sociale de la majorité de la population sénégalaise. Selon une étude du BIT-ACOPAM (1998), plus de 80 % des mutuelles opèrent dans le secteur informel. Elles constituent les mutuelles dites de premier franc et couvrent presque entièrement les frais d'hospitalisation de leurs membres. Le mouvement bénéficie en outre de l'appui du gouvernement, des bailleurs de fonds et des ONG.

Selon l'inventaire réalisé en novembre 2000 par la concertation³ le Sénégal compte aujourd'hui, vingt-neuf mutuelles fonctionnelles, vingt-six en gestation, trois en difficulté et trente et une en projet.

Les mutuelles en gestation sont celles ayant tenu leur assemblée générale constitutive et dont les membres ont commencé à verser leurs cotisations. Mais ces mutuelles n'ont pas encore débuté leurs prestations. Elles se trouvent à la période d'observation. Cette période peut varier de trois mois à un an voire plus⁴.

Les mutuelles en projet sont au stade d'étude de faisabilité. Cette période peut durer aussi longtemps que possible, souvent des années entières. C'est

³Concertation. BIT-ACOPAM, PHR, ANMC, WSM. Banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique, novembre 2000.

⁴ La mutuelle Petit Thialy de Thiès mise en place en 1994 a débuté ses prestations en 2000, soit 6 ans de période d'attente.

une étape très importante car l'environnement social, économique, sanitaire et politique a un impact sur la viabilité institutionnelle de la mutuelle. Il est souhaitable qu'il soit bien cerné avant le début des activités de la mutuelle pour éviter une appropriation du projet par un groupe d'intérêt.

1.3.2 Inventaire des mutuelles

Exception faite des régions de Kolda et de Fatick, on retrouve les mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire du Sénégal. Cependant, les régions de Thiès et de Dakar abritent le plus grand nombre de mutuelles avec respectivement quinze et dix mutuelles fonctionnelles. Quatre de ces mutuelles exclusivement ou en majorité composées de femmes sont opérationnelles. Il s'agit de Wcr Werlé Thiès et Dakar, And Fagarou de Thiès et Tivaouane. D'autres sont en gestation. La création de ces mutuelles exclusivement féminines témoigne d'une part, de la nécessité de couvrir les besoins spécifiques des femmes, ce qui n'est pas toujours le cas dans les mutuelles mixtes, et d'autre part, l'amélioration de la participation des femmes à la conception des programmes de sécurité sociale.

L'inventaire de novembre 2000 a donné les résultats ci-après selon les régions.

-Région de Thiès

Elle comprend 15 mutuelles fonctionnelles, 02 en difficulté, 04 en gestation et 04 en projet.

Tableau 3 : Situation des mutuelles dans la région de Thiès

N°	Nom	Fonctionnement	Création	Membres	Bénéficiaires
1	Fandène	Fonctionnelle	1989	287	2096
1	St Jean Baptiste	En difficulté	1992	350	1752
2	Koudiadiène	Fonctionnelle	1993	400	2227
3	Lalane/Diassap	Fonctionnelle	1994	250	1196
4	Sanghé	Fonctionnelle	1994	87	461
5	Ngaye Ngaye	Fonctionnelle	1994	225	1210
6	Mont Rollant	Fonctionnelle	1994	456	5400
7	Faggu	Fonctionnelle	1994	1175	
8	Pandhiénou	Fonctionnelle	1994	207	1283
9	Thially	Fonctionnelle	1995	142	339
10	Mboro	Fonctionnelle	1996	242	1116
11	Sopanté	Fonctionnelle	1997	355	2500
12	Wer Werlé	Fonctionnelle	1998	196	886
13	Diappo	En gestation	1998	293	1800
14	Fissel	Fonctionnelle		1308	
15	And Fagarou	Fonctionnelle	1999	135	455
16	Baback	En gestation	1999		
17	Tivaouane	En gestation	2000		
18	Château d'eau Mbour	En gestation	2000		
19	Unacois Mbour	En gestation	2000	450	2250
20	Fénagy Mbour	En projet			
21	N. Dame Fatima	En projet			
22	Thiès None	En projet			
23	Notto Gouye Diama	En projet			

Sources: Concertation, banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique.

- La région de Dakar

Contrairement à Thiès, le mouvement est récent et la plupart des mutuelles sont en gestation ou en projet. On rencontre en outre, 10 mutuelles fonctionnelles, une en difficulté, 13 en gestation et 24 en projet (tableau 4).

Tableau 4 : Situation des mutuelles dans la région de Dakar.

N°	Nom	Fonctionnement	Création	Membres	Bénéficiaires
1.	Médina Gounass	Fonctionnelle	1998	310	
2.	Wer Werlé	Fonctionnelle	1998	335	886
3.	Sante Yalla	Fonctionnelle	1998	243	1500
4.	Tazawudus Shubaan	Fonctionnelle	1998	15	200
5.	Enseignement supérieur	Fonctionnelle			
6.	Gendarmerie nationale	Fonctionnelle	1984		
7.	Volontaires de l'éducation	Fonctionnelle	1995	7000	28000
8.	M. Assistance éducation	Fonctionnelle	1987	1100	4400
9.	Dimballi Yoff	En difficulté	1993	150	750
10.	Douane sénégalaise	Fonctionnelle	1997	1304	7848
11.	Forces armées	Fonctionnelle			
12.	Bargny(Farlu)	En gestation	1999	52	
13.	Fénagie Thiaroye	En gestation	2000	554	
14.	Fénagie Bargny	En gestation	1999	381	
15.	Mutem/Uden	En gestation	1997		
16.	Suture	En gestation			
17.	Thieurigne	En gestation			
18.	Administration pénitentiaire	En gestation	1997		
19.	Malika	En gestation			
20.	Guinaw rail	En gestation			
21.	Khar Yalla	En gestation			
22.	Tinturières	En gestation	1996	32	160
23.	Ouakam/Pafeo	En gestation	2000		
24.	Bambylore	En gestation	2000		
25.	Guédiawaye	En projet			
26.	Réseau Law 1	En projet			
27.	Book Yénné	En projet			
28.	Reseau fénagie	4 projets			
29.	Réseau caisses Graff	17 projets			

Sources: Concertation, banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique.

Le mouvement est à un stade embryonnaire dans les autres régions du pays. Ainsi, la région de Kaolack compte quatorze mutuelles dont une seule est

fonctionnelle (les membres bénéficient déjà de ses prestations) et les autres en gestation. D'autres projets de mutuelles sont initiés dans les régions de Saint Louis, Tambacounda, Ziguinchor et Louga.

1.3.3 Cadre juridique et institutionnel des mutuelles au Sénégal.

Les communautés ne constituent pas le seul cadre du développement des mutuelles de santé au Sénégal. Celles-ci sont appuyées par l'autorité publique et les institutions internationales.

Au niveau national, des dispositions sont prises pour doter les mutuelles d'un cadre juridique et institutionnel définissant leur organisation et leur réglementation. Déjà, des structures d'appui sont créées pour accompagner le mouvement. Il s'agit, en ce qui concerne le ministère de la santé, du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé (PAMS) et de la Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé (CAMICS). Néanmoins, il n'existe pas encore de textes juridiques spécifiques au fonctionnement des mutuelles de santé. Ces dernières sont soumises à la loi sur les organisations.

Les mutuelles bénéficient également et surtout de l'appui des partenaires au développement (organismes internationaux et ONG). Il s'agit notamment du BIT à travers les programmes ACOPAM et STEP, l'USAID à travers le PHR, WSM/ANMC à travers le Promusaf. Ces structures apportent un appui en expertise, formation et élaboration de manuels, appui technique et financement d'études.

Outre ces structures d'appui, des coordinations régionales ont été créées par les mutualistes pour coordonner les activités des mutuelles devenues nombreuses. C'est notamment le cas des coordinations de Thiès et Dakar créées respectivement en 1996 et 2000 qui sont de loin les plus structurées. La coordination a pour vocation de faciliter les relations entre mutuelles

d'une part, et d'autre part, entre mutuelles et partenaires (Etat, organismes et prestataires). Elle poursuit les objectifs suivants :

1. Promouvoir les Mutuelles de santé partout où besoin se fera sentir en apportant assistance et expertise nécessaires;
2. 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 de santé;
3. Etre un cadre de négociation avec les partenaires sociaux du secteur.
4. Contribuer à la formation et au perfectionnement des responsables de la gestion, de l'administration et du contrôle des mutuelles de santé, en organisant à leur intention des ateliers et séminaires de formation et de perfectionnement;
5. Assurer la défense des intérêts matériels et moraux des mutuelles membres;
6. Constituer un cadre d'échange d'expériences et d'informations entre les membres.

Fonctionnant sur des bases démocratiques, la coordination tient des Assemblées Générales (AG) composées des représentants des mutuelles et dispose d'un Conseil d'Administration (CA) mis en place par l'AG. Le CA forme un bureau exécutif qui administre quotidiennement la structure.

Chapitre 2

DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE

Chapitre 2 DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE

2.1 ENONCE DU PROBLEME

Le financement des secteurs sociaux notamment l'éducation et la santé constituent un réel problème pour les gouvernements africains. Dans un contexte de crise économique généralisée qui perdure depuis plus de deux décennies, les ressources se raréfient et les budgets alloués à la santé connaissent une réduction drastique. Avec l'appui et le soutien des Institutions de Breton Wood l'Etat providence disparaît progressivement au profit d'une contraction des financements publics réservés aux secteurs sociaux, à travers les programmes d'Ajustement Structurel (P.A.S.). Dans leur application initiale, les P.A.S. ne se sont préoccupés que du rétablissement des grands équilibres macroéconomiques sans tenir compte des aspects sociaux. De même, les P.A.S. ont engendré le démantèlement du secteur informel en Afrique, secteur qui emploie la majeure partie de la population active.

En Afrique en effet, la mise en œuvre des P.A.S. coïncide avec les résolutions de la conférence mondiale sur la santé de **Alma Ata** en 1978, résolutions appuyées par l'Initiative de **Bamako** (I.B.) de 1987. L'IB vise l'instauration d'une nouvelle politique des médicaments et une nouvelle stratégie en matière de santé communautaire. Pour cela, une refonte des structures sanitaires est indispensable. Cette refonte doit leur conférer une autonomie de gestion des ressources avec comme politique d'appui le recouvrement des coûts des prestations de soins. Les populations doivent désormais contribuer aux dépenses de santé pour combler l'insuffisance des ressources publiques. Malheureusement, les réformes du système de santé interviennent au moment où les populations s'appauvrissent de plus en plus et que l'écart entre riches et pauvres se creuse davantage. Les travailleurs du

secteur informel qui constituent 91% de la population active⁵ au Sénégal sont les plus touchés. Ces derniers, en majorité des femmes (16), exclus des programmes subventionnés par l'Etat ou privés, notamment de l'assurance sociale obligatoire doivent désormais fournir davantage d'efforts au moment où leur pouvoir d'achat chute. Selon l'hebdomadaire Jeune Afrique l'Intelligent, l'emploi moderne occupe 7.6 % des femmes au Sénégal, pour 23.6 % dans le secteur informel, tandis que 29 % sont au chômage. Seulement 4 % des cadres du privé moderne sont femmes, contre 15 % dans le secteur public. La protection sociale formelle ne couvre que les femmes dans le secteur formel, les autres n'ont que le paiement direct comme système de règlement de leurs dépenses de santé.

Pour pallier cette exclusion sociale des femmes, des mouvements sociaux, des communautés, des autorités hospitalières, et dans certains cas des gouvernements ont lancé et soutenu des projets et initiatives novateurs en faveur des femmes. Depuis la fin des années 90, ces mouvements ont initié au Sénégal des mutuelles au service des femmes et gérées par celles-ci. Aujourd'hui, quatre de ces mutuelles sont fonctionnelles (dont les membres bénéficient déjà des prestations). Ce sont les mutuelles Wer Werlé de Thiès et Dakar, And Fagaru de Thiès et la mutuelle des femmes de Tivaouane. Plusieurs autres sont en projet.

Malgré les conditions d'accès allégées les mutuelles n'enregistrent pas encore l'affluence attendue et, beaucoup de femmes du Sénégal n'ont pas encore accès à des soins de santé de qualité et les indicateurs de santé maternelle et infantile sont encore impressionnants. Les mutuelles présentent une très faible pénétration de la population cible et mobilisent difficilement les ressources nécessaires pour réaliser leurs objectifs. Le taux de recouvrement des cotisations demeure faible en dépit des primes relativement basses. Elles couvrent un paquet limité de prestations.

⁵ Document cadre de politique économique du Sénégal 1998-2000, ministère de l'économie et des finances.

Face à cette situation, l'étude se propose d'examiner l'impact de la mutuelle sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins de santé par les populations féminines vulnérables. Spécifiquement, l'étude voudrait savoir si les mutuelles exclusivement féminines favorisent d'une part la prise en compte des aspects d'équité verticale contributive dans la fixation des cotisations des membres et d'autre part si l'accès aux soins obéit à l'équité horizontale du recours.

2.2 IMPORTANCE DU PROBLEME

Ce thème trouve son importance dans le fait que malgré les modestes primes exigées des adhérents, les mutuelles de santé couvrent encore très peu de personnes. Les cotisations sont identiques pour tous les membres alors que tous n'ont pas le même niveau de revenu. Le paiement des primes n'est pas automatique et les retards handicapent les mutuelles qui ont pour source financière principale la cotisation de ses membres. Au niveau de la couverture des soins, certaines mutuelles, bien que féminines ne satisfont pas toujours les besoins spécifiques et souhaités des femmes.

2.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.3.1 Objectif général

Cette étude a pour objectif principal de vérifier les aspects d'équité contributive et d'équité du recours aux soins au sein des organisations mutualistes féminines.

2.3.2 Objectifs spécifiques

& Etudier les caractéristiques socio-économiques des femmes membres des mutuelles de santé et la structure de leurs revenus.

& Etudier la capacité des femmes à prendre en charge leurs dépenses de santé conformément à l'équité contributive.

& Déterminer la capacité des mutuelles de santé à satisfaire les besoins spécifiques et prioritaires des populations féminines.

2.4 DEFINITION DE CONCEPTS

2.4.1 L'équité

L'analyse de la production et la répartition des richesses nationales, l'intervention de l'Etat et l'étude des systèmes sociaux font souvent appel régulièrement à des notions comme l'équité. Parvenir à l'équité est un objectif poursuivi par ceux qui établissent les politiques de santé. Mais que signifie cette notion? A quoi fait elle allusion dans le domaine de la santé ?

L'équité est un concept basé sur la justice sociale elle-même dérivée de l'égalitarisme. En sciences sociales, l'analyse de l'équité évoque divers courants de pensées correspondant à des typologies d'équité.

Pour HSIAO (14), l'équité telle appliquée aux systèmes de santé, peut porter sur des différences dans l'état de santé, l'utilisation ou l'accès aux soins entre les différents groupes de revenus socioéconomiques, démographiques, ethniques et /ou des hommes par rapport aux femmes. Habituellement, les études sur l'équité mettent l'accent sur le financement et l'utilisation des soins sous deux angles d'analyse "vertical" et "horizontal". Les définitions suivantes émanent essentiellement de HSIAO.

1 L'équité contributive

Qu'elle soit horizontale ou verticale, l'équité contributive se réfère à la "capacité à payer". Elle met en relation la contribution au financement et les niveaux de revenus des individus.

D'une part, l'équité contributive verticale est fondée sur le principe du "sacrifice égal" dans l'utilité⁶. Ce principe exige des contributions plus élevées sur les hauts revenus. Dans ce cas, le paiement peut se faire par un système progressiste ou proportionnel. Dans le système progressiste, les paiements augmentent en proportion à la hausse des revenus alors que le système proportionnel exige des paiements représentant la même proportion du revenu de chacun quel que soit le niveau de ce revenu.

D'autre part, l'équité contributive horizontale suppose que les personnes disposant de moyens égaux effectuent des paiements égaux quels que soient le sexe, l'occupation, l'état familial⁷ ou le lieu de résidence.

2 L'équité dans l'utilisation des soins

Elle est basée sur l'idée selon laquelle les soins devraient être distribués selon les besoins plutôt que selon la capacité à payer. Il faut cependant distinguer l'équité horizontale du recours de l'équité verticale. La première suppose que les personnes qui sont dans le même besoin de soins donnés devraient tous recevoir les mêmes soins quel que soit leur revenu.

Quant à l'équité verticale du recours, elle est considérée comme la somme des soins que reçoivent les personnes dans le plus grand besoin en

⁶ L'utilité marginale du revenu baisse lorsque le revenu augmente.

⁷ Le statut matrimonial. Néanmoins, les contributions peuvent varier selon la taille de la famille.

comparaison à la somme des soins que reçoivent les personnes dans un moindre besoin.

Tableau 5 : Synthèse des conceptions de l'équité.

EQUITE	Horizontale	verticale
Contributive	A moyens égaux, contributions égales	A revenus élevés, contributions élevées et vis versa
Recours aux soins	Tous ceux qui sont dans le même besoin doivent bénéficier des mêmes traitements	A chacun selon ses besoins et non sa capacité à payer

2.4.2. La mutuelle de santé

L'assurance santé moderne puise ses origines à l'ère médiévale à travers les corporations de travailleurs et associations d'artisans en Europe. A cette époque, l'assistance mutuelle consistait en un soutien financier aux membres malades et aux veuves et enfants de membres décédés. Ce concept a évolué avec la révolution industrielle pour aboutir à des systèmes très variés, allant de l'assurance complémentaire à la sécurité sociale universelle comme cela s'observe aujourd'hui en Europe.

Dans son guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants (9), le BIT définit la mutuelle de santé comme « *une association facultative de personnes (donc à adhésion libre) à but non lucratif (qui ne recherche pas le profit) dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses membres. Au moyen de la cotisation de ses membres et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et celle de leur famille une action de prévoyance d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux* ». De ce fait, une mutuelle est un mouvement social.

Par ailleurs, la mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propres aux institutions mutualistes.

2.4.3 Problème de genre

Les questions de genres se rencontrent dans tous les domaines de la vie socio-économique des peuples. Il faut distinguer le genre du sexe.

Si le sexe matérialise la différence biologique entre l'homme et la femme, le genre est un problème de société. Le genre renvoie aux relations socialement construites entre hommes et femmes sur la base de la culture, la religion, les facteurs géographiques et historiques. Les disparités du genre ont une incidence négative sur la santé des femmes. En effet la maternité, les disparités observées dans l'accès aux revenus et à l'instruction, les mutilations génitales féminines, les mariages précoces font de la femme une cible vulnérable en matière de santé. Cette étude ne fait pas une analyse du genre comme facteur d'appréciation de l'équité, mais s'intéresse aux problèmes particuliers des femmes au sein des organisations mutualistes pour une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé.

2.5 UTILISATEURS DE L'ETUDE

L'importance de cette étude se justifie par l'usage que divers acteurs peuvent en faire.

✓ Pour nous même : cette étude nous a permis d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques dans le domaine du financement de la santé et des problèmes spécifiques des femmes depuis la préparation jusqu'à la rédaction finale de ce rapport. C'était également et surtout une occasion d'application des outils de recherche. Les difficultés rencontrées nous ont fait acquérir une expérience supplémentaire.

✓ **Pour le CESAG**, ce document est une capitalisation de plus pour la connaissance. Il ouvre la voie à d'autres investigations pour approfondir et enrichir la connaissance sur le financement de la santé des plus pauvres et en particulier d'une cible vulnérables comme les femmes.

✓ **Pour les gouvernants** et via le Ministère chargé de la promotion de la femme, les conclusions de cet exercice représentent une interpellation de l'autorité publique sur le rôle qu'il peut jouer pour améliorer le bien être des femmes et de leurs familles à travers une protection sociale appropriée.

✓ **Pour les Partenaires au développement**, ce document rappelle combien leur rôle est fondamental dans la mise en place d'initiatives locales de développement à la base, gage d'un développement durable, en s'appuyant notamment sur le potentiel que constituent les femmes.

✓ **Pour les promoteurs** et organisations mutualistes, ce travail montre le rôle des acteurs locaux du développement de leurs collectivités, et la nécessité d'intégrer davantage les femmes dans le processus.

✓ **Pour la communauté**, ce document est une invitation à prendre conscience des potentialités qu'elle dispose pour prendre sa santé en charge par la mises en commun de ses maigres moyens, et surtout du rôle fondamental que peut jouer de la femme dans la valorisation des compétences locales.

2.6 LIMITES DE L'ETUDE

Une des limites de cette étude est la possibilité d'étendre la couverture des mutuelles aux indigents si l'on veut assurer une équité générale pour l'accès aux soins de tous les citoyens. Cette extension des prestations aux indigents ne préoccupe pas encore les mutuelles qui ne vivent que des seules

cotisations des membres. D'autres études pourront s'intéresser aux possibilités de prises en charge des indigents par les mutuelles à défaut d'une assurance sociale obligatoire généralisée.

De même, cette étude n'utilise pas les outils traditionnellement commis pour traiter l'équité en mettant en balance les deux sexes. Il s'agira ici de vérifier la capacité des femmes à prendre leurs dépenses de santé à travers la mutuelle et la prise en compte de leurs besoins spécifiques par cette dernière.

L'échantillon qui a servi à cette étude n'est pas probabiliste. Il sera donc malaisé d'extrapoler les résultats à d'autres structures identiques.

Chapitre 3

ETAT DES CONNAISSANCES

Chapitre 3 : ETAT DES CONNAISSANCES

La présente revue documentaire va recenser les courants et écrits sur l'équité puis dresser des analyses et critiques objectives afin de retenir les éléments nécessaires à cette étude.

Le concept d'équité a fait l'objet de plusieurs publications en sciences sociales en général et plus particulièrement dans le domaine de la santé. Des écoles et courants de pensée ont développé plusieurs réflexions sur ce thème. Qu'ils soient d'obédience philosophique ou économique, la plupart des auteurs abordent les questions d'équité en terme de justice sociale(10). Dans le domaine de la santé, l'équité est souvent assimilée à l'égalité. Or, l'équité a une signification différente selon les théories de la justice auxquelles on la rattache. Trois principaux pôles sous-tendent les théories de la justice adaptées à l'évaluation du système de santé: les pôles égalitariste, rawlsien et libéral, dont les deux premiers traitent effectivement de l'équité.

a. *Le pôle égalitariste*

Ce pôle assimile l'équité à l'égalité. Cette égalité se manifeste dans la possession des biens, des droits fondamentaux ou la satisfaction de certains besoins. Ainsi, tous les individus ont droit à la santé et doivent bénéficier d'une égalité d'état de santé. Il doit avoir un égal accès aux services de santé pour tous (26).

b. *Le pôle rawlsien.*

C'est dans son ouvrage "théorie de la justice"(1971 pour la version anglaise) que John RAWLS relance le débat de la justice en défendant deux principes fondamentaux. Le premier principe soutient que "chaque personne doit avoir

un droit égal à la plus grande liberté fondamentale avec une liberté semblable pour tous" (principe d'égale liberté). Pour le deuxième principe, "les inégalités sociales et économiques doivent être arrangées de telle sorte qu'elles soient d'une part liées à des emplois et à des postes accessibles à tous dans des conditions d'égalité impartiale des chances (principe d'égalité des chances) et d'autre part pour le plus grand profit des désavantagés" (principe de différence). En revanche, tous les individus doivent avoir accès à un paquet minimum de soins de santé.

L'analyse du genre n'échappe pas aux développements de l'équité. Approche souvent utilisée par le Bureau International du Travail (BIT), elle met en relation l'homme et la femme en relevant les disparités en terme d'accès au marché du travail, aux revenus et à la propriété, et surtout à la protection sociale et à la santé (7). Divers instruments et méthodes permettent alors d'évaluer ces disparités dans le financement et l'utilisation des soins entre riches et pauvres. C'est le cas de :

- l'indice de GINI qui permet d'évaluer la redistribution des revenus entre riches et pauvres.
- la courbe de LORENZ

Outre ces approches, les études portant sur l'équité dans le financement soutiennent qu'il doit avoir une relation entre les soins de santé et les moyens mis à disposition pour ces soins. Ceci implique pour l'équité contributive horizontale qu'à revenus identiques, les individus doivent effectuer des paiements identiques, contributions qui sont fonction de la capacité à payer dans le cadre de l'équité verticale selon des systèmes de paiement proportionnel ou progressif (22). Par ailleurs, les individus doivent recevoir les soins en fonction de leurs besoins et non leur capacité à payer quand il s'agit de l'utilisation des soins(10). Sur cette base, les modes de financement des systèmes de santé dans les pays européens montrent une

contribution (par la cotisation ou l'impôt) de chacun selon ses moyens tandis que l'utilisation du système est fonction des besoins. Nolan Brian le montre à partir de l'exemple de l'Irlande. Le système de santé en Irlande est financé à partir de quatre sources qui sont les impôts, les assurances sociales, les assurances privées et les dépenses à la charge du patient. Nolan (22) évalue la contribution des ménages à partir de l'ensemble des paiements effectués en fonction des quatre sources de financement. De même, l'utilisation des soins est évaluée à partir des soins reçus par un ménage ou un groupe de personnes selon leurs coûts de production.

Plusieurs méthodologies sont utilisées pour analyser les problèmes d'équité contributive. La plus courante de ces méthodes consiste à classer les revenus en quantiles en déterminant le niveau de contribution de chaque groupe à l'effort de santé. Cela permet de savoir qu'un système est progressif, régressif ou proportionnel. Les indices de progressivité (15) constituent une mesure appropriée. En économie fiscale par exemple, les indices de KAKWANI et de GINI permettent de mesurer l'importance de l'écart à la proportionnalité d'un système d'imposition. Cette méthodologie permet également de faire une évaluation du niveau de consommation des soins selon les quantiles de revenus, en référence à l'équité du recours au système de soins.

Le choix méthodologique de cette approche est qu'elle appréhende l'équité du financement au niveau centrale du système. En outre, elle s'applique mieux au financement de la santé au niveau central lorsqu'on part de la taxe sur les revenus. Au Sénégal où neuf personnes sur dix exercent une activité dans le secteur informel, cette approche s'avère difficile surtout quand il s'agit des mutuelles de santé. Aussi, pour pallier cette difficulté, le système de tests de moyens(12) est souvent utilisé pour évaluer la protection sociale des pauvres. La difficulté ici réside dans les contraintes qui empêchent

l'élaboration et la mise en œuvre de bons systèmes de test de moyens. Cela convient plutôt à une politique nationale de protection des pauvres.

Les études sur les mutuelles de santé traitant de l'équité se sont intéressés au financement et à la délivrance des soins. Atim (3) a utilisé la structure des cotisations et la présence d'éléments d'évaluation du risque individuel pour apprécier l'équité contributive. Pour la délivrance des soins, le lien entre les prestations reçues et la contribution financière de l'individu, ou encore si les mutuelles favorisent l'accès aux soins des plus démunis. Enfin il a cherché à savoir quelle populations et quelles régions d'un pays sont ciblées par les mutuelles de santé, pour ainsi aborder les aspects d'accessibilité sectorielle et géographique.

Cette étude se propose d'évaluer les revenus des femmes mutualistes et de faire un classement en quantiles. Il s'agira ensuite d'apprécier la capacité des femmes à prendre en charge leur cotisations. Enfin, le rapprochement des besoins spécifiques des femmes au paquet de prestations couvertes permettra d'apprécier l'équité dans l'utilisation des soins.

Chapitre 4

MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES

Chapitre 4 MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES

4.1 MODELE THEORIQUE

Au terme de cette revue documentaire, le revenu se présente comme l'élément fondamental de la capacité à payer d'un individu. Quelle que soit la procédure utilisée, l'évaluation de l'équité telle que l'ont traité les différents auteurs, repose sur le revenu des populations. Cette étude, pour apprécier l'équité verticale contributive et du recours aux soins, mettra en relation des variables dépendantes, le financement et l'utilisation des soins, et des variables explicatives qui sont les suivantes :

- Le revenu des femmes mutualistes ;
- La régularité des cotisations ;
- Le niveau de mobilisation des ressources par la mutuelle ;
- La détermination des cotisations ;
- Les catégories professionnelles des femmes ;
- Le paquet de prestations couvertes par les mutuelles;
- Les besoins spécifiques des femmes en matière de santé ;
- La pénétration des groupes cible ;
- Le secteur d'activité touché par les mutuelles de santé

4.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE

Cette étude sera menée sur la base des hypothèses selon lesquelles :

H1 ➔ La capacité des femmes à payer régulièrement leurs cotisations dépend du niveau et de la structure⁸ de leurs revenus.

H2 ➔ La fixation des primes au sein des mutuelles de santé n'obéit pas aux règles d'équité contributive verticale.

H3 ➔ Les besoins de santé spécifiques et prioritaires des femmes ne sont pas toujours pris en compte dans le choix des prestations à couvrir par les mutuelles de santé.

⁸ Origine, nature et périodicité des revenus des femmes.

Chapitre 5

STRATEGIE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE

Chapitre 5 **MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES**

5.1 STRATEGIE DE RECHERCHE

Cette étude est une étude synthétique de cas multiples à niveaux d'analyses imbriqués. Elle met en relation deux variables dépendantes, le financement et l'utilisation des soins et des variables dépendantes. Il s'agit d'étudier l'équité contributive et du recours aux soins des femmes appartenant à quatre structures mutualistes féminines à partir revenu, des cotisations et du recours aux soins. Des questionnaires sont administrés aux membres et aux responsables des mutuelles en vue de recueillir des informations socio-économiques, financières et sanitaires pour les besoins de l'étude.

5.2 ZONE DE L'ETUDE

L'étude a porté sur les villes de Dakar et Thiès. Ces deux régions du même nom regorgent plus de 95 % des mutuelles de santé fonctionnelles⁹ au Sénégal. C'est dans ces régions que l'on retrouve des mutuelles fonctionnelles exclusivement créées par les femmes au service des femmes et leurs familles. Il s'agit des mutuelles Wer Werlé du PROFEMU à Dakar et Thiès, And Fagarou (en majorité composée de femmes) et Petit Thially (qui est mixte), toutes deux à Thiès.

5.3 POPULATION A L'ETUDE

Il s'agit des populations féminines urbaines bénéficiaires des services des mutuelles de santé. Le but ici est d'étudier certaines caractéristiques de cette population à partir de l'échantillon constitué. L'étude de quelques particularités de cette population justifie le choix raisonné délibéré de l'échantillon.

⁹ Mémoire DAFF, CESAG-DSES, mai 2000.

Au total, cent soixante-dix femmes de plus de quinze ans ont été interrogées pour l'ensemble des quatre mutuelles. Au moment de l'étude en effet, seules trois mutuelles exclusivement féminines étaient fonctionnelles avec au moins un an d'existence. Le choix de la mutuelle mixte supplémentaire est fait par les besoins de comparaison des aspects étudiés selon la structure.

Les soins de santé de la reproduction ont été privilégiés dans cette étude afin d'apprécier les besoins spécifiques de santé des femmes. Ceci explique le choix des femmes en âge de reproduction ou ayant déjà eu des enfants. Le choix des individus s'est opéré à partir des listings des mutuelles.

5.4 VARIABLES A L'ETUDE

Les informations recherchées concernent les aspects suivants:

- Les caractéristiques socio-économique des femmes;
- Le niveau de revenu des femmes ;
- Le secteur d'activité ;
- Les caractéristiques générales des mutuelles de santé;
- Le niveau de recouvrement des cotisations ;
- Le niveau de pénétration des groupes cible (pour apprécier la proportion de femmes bénéficiant des services de la mutuelle) ;
- Le financement des soins (capacité de mobilisation des ressources);
- Les besoins de santé spécifiques des femmes ;
- Utilisation des soins (paquet de prestations couvertes, fréquence d'utilisation des structures).

5.5 ORGANISATION ET RECUEIL DES DONNEES

Sur cinq mutuelles prévues, quatre ont effectivement fait l'objet de l'étude pour cent soixante-dix femmes interrogées sur 200 prévues. Les difficultés rencontrées pour joindre les responsables de la cinquième mutuelle étaient

la cause principale de cette défection. La dispersion géographique des membres et les problèmes liés aux moyens de transport ont permis de prévoir en moyenne trente minutes par enquêteur pour remplir un questionnaire.

Diverses démarches ont permis la préparation de l'enquête. Après avoir pris contact avec les responsables de mutuelles, des coordinations régionales, des structures d'appui et des autorités publiques ayant en charge la promotion des mutuelles, plusieurs réunions ont été organisées. Au cours de ces rencontres, les objectifs de l'étude ont été clairement exposés. Le responsable de l'étude a effectué sept voyages à Thiès de janvier à février. Le calendrier des étapes est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Echancier

Période Activités	Période						
	Novembre 2000	Décembre 2000	Janvier 2001	Février 2001	Mars 2001	Avril 2001	Mai 2001
Rédaction du Protocole	XXXX	XXXX					
Recrutement, formation des enquêteurs			XXXX				
Enquête de terrain				XXXX			
Traitement et analyse des données					XXXX		
Rédaction du rapport					XXX	XXXX	XXXX
Diffusion des résultats							XXXX

- *Enquêteurs*

Des personnes habituées aux enquêtes et ayant de bonnes connaissances sur le mouvement mutualiste ont été sélectionnées. Six enquêteurs (toutes des femmes) ont été retenus, trois à Thiès et trois à Dakar. Les critères de choix ont tenu compte, en plus du niveau scolaire, de l'aptitude à parler couramment le Wolof, langue parlée et comprise de la plupart des Sénégalais. Après une formation d'un jour pour une meilleure compréhension du questionnaire, les enquêtrices ont passé quatre jours pour recueillir l'ensemble des informations sur le terrain. Trois jours complémentaires ont été nécessaires pour compléter les informations manquantes après vérification.

- *Supervision*

Elle a été faite par le responsable de l'étude qui a effectué les tâches suivantes :

- La rédaction du protocole de recherche;
- Le financement de l'étude;
- La préparation de l'enquête;
- Le contrôle de la rigueur dans le recueil des données;
- La saisie et l'analyse des données;
- La rédaction du rapport final.

Il a en outre administré les questionnaires adressés aux responsables des mutuelles. Des retours sur le terrain et des interviews accordées à des infirmiers chefs de postes de santé et des médecins de centre de santé ayant signé des conventions avec les mutuelles étudiées ont été nécessaires pour compléter certaines informations. Les responsables des coordinations régionales des mutuelles ont été également entendus et associés à toutes les étapes du recueil des données.

5.6 SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.

- Dépouillement

La conception du questionnaire et le dépouillement ont été effectués sur le logiciel SPHINX. Les tris à plats, filtrés et croisés obtenus après dépouillement élémentaire ont été complétés avec des tests, rapports et graphiques.

- Méthodes d'analyse statistique utilisées

Des méthodes de statistique descriptive sont combinées aux méthodes d'analyse scientifiques plus élaborées.

Statistique descriptive

Elle a permis de calculer les fréquences absolues et relatives des différentes variables à l'étude. C'est le résultat d'un dépouillement à plat permettant d'observer les quantités et leurs poids (fréquences relatives et absolues) dans l'échantillon total.

Statistique comparative

Qu'elles soient univariées ou bivariées, elles nous ont permis de calculer la liaison entre les différentes variables à partir du calcul des tests du χ^2 , de Fisher ou de l'analyse de la variance (anova). Pour l'ensemble des tests, le seuil de signification était fixé à $\alpha = 0.05$.

5.7 METHODE D'ANALYSE.

Indicateurs d'équité

Les indicateurs habituellement utilisés pour évaluer l'équité au sein du système de santé sont de deux principalement

1 Le ratio de la part des subventions sanitaires publiques reçues par la part du revenu total reçu par groupe de revenus.

2 Le ratio du coefficient de Gini relatif aux subventions sanitaires publiques par le coefficient de Gini relatif au revenu total(ou dépense totale).

Au sein des organisations mutualistes, les indicateurs suivants sont utilisés pour évaluer l'équité.

- La pénétration des groupes cible ;
- Le niveau d'intégration socio-économique des femmes ;
- La prise en compte des besoins spécifiques des groupes cible ;
- Le secteur d'activité touché par les mutuelles.

Détermination des revenus

Les quantiles de revenus sont composés sur la base de la classification de la banque mondiale selon laquelle les individus disposant de moins d'un dollars US par jour sont au seuil de pauvreté absolu. De même, ceux qui ont moins de deux dollars sont pauvres. Cela a permis d'obtenir les classifications du document au cours du dollar fixé à 700 F CFA. C'est un choix, car selon les niveaux de vie de chaque pays ces indicateurs peuvent varier.

Taux de pénétration des groupes cible.

C'est le rapport entre la population couverte par les mutuelles et la population ciblée. La difficulté ici réside dans la détermination de la population cible avec précision.

Du fait des différences entre les groupes cible, deux approches ont été utilisées pour déterminer le niveau de pénétration. Pour les mutuelles de Thialy et And Fagarou, nous avons considéré le taux de pénétration comme le rapport entre l'ensemble des bénéficiaires et la population cible, contrairement au mutuelles Wer Werlé où le nombre de membres a été rapporté à la population cible car pour ces dernières, la cible concerne exclusivement les femmes membres des groupements du PROFEMU, les potentiels bénéficiaires n'étant pas définis.

Besoins spécifiques des femmes

Tous les besoins liés aux soins de santé maternelle sont considérés ici comme des spécifiques car les hommes n'expriment pas ces besoins. Ces besoins constituent une preuve de demande supplémentaire de soins pour les femmes.

Chapitre 6

PRESENTATION DES RESULTATS

Chapitre 6 : PRESENTATION DES RESULTATS

6.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON

Cette étude a permis d'enquêter 170 femmes appartenant à quatre Mutuelles de santé en milieu urbain dans les régions de Dakar et Thiès.

6.1.1 Caractéristiques des femmes :

Sur les 170 femmes interrogées, 163 questionnaires ont été valablement remplis. L'échantillon était constitué de femmes de 15 ans révolus, avec une moyenne d'âge de 42 ans, membres ou ayants droit des mutuelles. Elles ont en majorité un âge compris entre 30 et 50 ans (64.4 %). Ce sont des femmes adultes, en âge de procréation ou ayant déjà eu des enfants.

Tableau 7 : Répartition des membres par âge.

Age	Nb. cit.	Fréq.
moins de 30 ans	17	10,42%
de 30 à 40 ans	54	33,12%
de 40 à 50 ans	51	31,28%
50 ans et plus	41	25,15%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Dans cet échantillon, sept femmes sur dix sont mariées (71.16 %). Les autres sont célibataires (9.2 %), divorcées ou séparées (5.52 %) ou encore veuves (13.49 %). Une seule femme s'est déclarée fiancée. Au total, 28.22 % des femmes soit 46 femmes n'ont pas de maris. Parmi les femmes mariées, trois quarts (76 %) vivent en couples monogame, les autres(24 %) partagent des foyers polygames. Outre les membres de la mutuelle Wer Werlé Dakar, les autres femmes sont en majorité chrétiennes, d'où la forte proportion de couples monogames.

Tableau 8 : *Etat matrimonial.*

Etat matrimonial	Nb. cit.	Fréq.
Célibataire	15	9,20%
Mariée	116	71,16%
Divorcée/séparée	9	5,52%
veuve	22	13,49%
Fiancée	1	0,61%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

La plupart des femmes vivent dans des familles nombreuses, caractéristique de la famille africaine. En moyenne, dix personnes partagent le même toit (concession)¹⁰. Ce chiffre varie jusqu'à 38 pour les très grandes concessions. Néanmoins, plus de la moitié des concessions (53.98 %) comprennent de 5 à 15 personnes. L'échantillon est également composé d'une très forte proportion de femmes chef de ménage (48.46 %).

Tableau 9 : *Taille des concessions*

Membres du domicile	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 5	46	28,22%
De 5 à moins de 15	88	53,98%
15 et plus	29	17,79%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Minimum = 0, Maximum = 38

Somme = 1578

Moyenne = 9,86 Ecart-type = 5,56

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

¹⁰ La concession est considérée ici dans le sens de ménage, c'est à dire l'ensemble de personnes qui vivent sous un toit avec un chef.

Deux types de bénéficiaires existent au sein des mutuelles. Il s'agit des membres¹¹ qui constituent 86.5 % des femmes interrogées et, des ayants droits (13.5 %). En moyenne, on dénombre 6 personnes à charge par membre adhérent pour l'ensemble des 4 mutuelles. Dans certains cas, on a pu constater des adhérents avec 15 personnes à charge alors que d'autres adhérents sont seuls sans ayant droit.

Tableau 10 : *Personnes à charge*

Personnes à charge	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 5	76	46,62%
De 5 à moins de 10	61	37,42%
10 et plus	26	15,95%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Minimum = 0, Maximum = 15

Somme = 896

Moyenne = 5,64 Ecart-type = 3,71

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

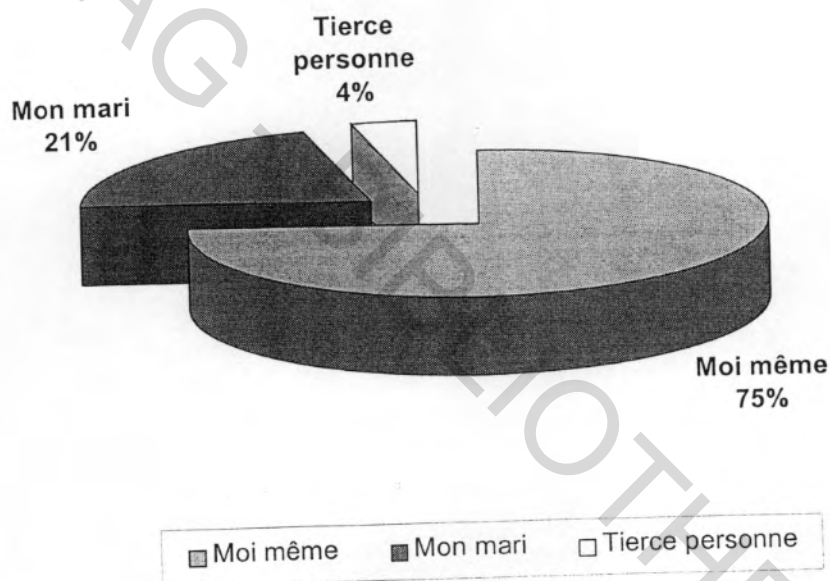
Par ailleurs, les trois quarts des femmes (75.46 %) paient elles mêmes leurs cotisations à la mutuelle. Les autres sont pris en charge soit par leurs époux (20.85 %), soit par une tierce personne (3.68 %). . C'est un signe de la fin progressive de la dépendance totale de la femme de son époux ou de sa famille. C'est également le témoignage du rôle fondamentale que joue la femme dans la prise en charge des problèmes de santé de la famille. Au-delà de la garde des malades et du réconfort qu'elles apportent quand un membre de la famille est malade, les femmes s'impliquent davantage dans le financement des soins en s'inscrivant aux mutuelles de santé et prenant en charge d'autres membres de la famille.

¹¹ Le membre d'une mutuelle de santé est la personne qui y adhère en payant un droit. L'ayant droit est la personne à la charge du membre.

Du fait du jeune âge des mutuelles (trois ans en moyenne), la plupart des membres ont une adhésion récente. En moyenne, neuf personnes sur dix ont bénéficié des services des mutuelles sur un an (89 %) pour l'ensemble des quatre mutuelles.

Graphique 1 : Prise en charge des cotisations

Graphique 1 Prise en charge des cotisations



Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Niveau d'éducation et situation professionnelle.**Tableau 11** : Niveau d'éducation des femmes

Niveau d'éducation.	Nb. cit.	Fréq.
Illettrée	73	44,78%
primaire	36	22,08%
secondaire	50	30,67%
supérieur	4	2,45%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Echantillon cosmopolite, on y rencontre tous les niveaux d'éducation. Seulement quatre femmes, soit 2.45 % de l'effectif on fait des études supérieures. En revanche, près de la moitié de ces femmes (44.78 %) ne sait ni lire, ni écrire, celles ici appelées illettrées. Les autres se partagent les niveaux d'étude primaire (2.08 %) et secondaire (30.67 %). On constate un faible niveau d'instruction pour l'ensemble de l'échantillon.

Ces niveaux d'éducation sont certainement en relation avec la nature des professions. En effet, la moitié des femmes interrogées sont des ménagères (49.69 %) et n'exercent aucune activité génératrice de revenus. Ces dernières reçoivent des transferts du mari ou d'un parent. Lorsqu'elles travaillent, elles évoluent dans le secteur informel (46.62 %) de l'activité économique

Le secteur informel est ici représenté par le petit commerce de produits divers. Certaines femmes des mutuelles Wer Werlé Dakar bénéficient d'activités de production mises en place par le PROFEMU. Elles y travaillent une quinzaine de jours sur deux pour un gain mensuel de quinze mille francs (15000 F CFA), soit mille francs (1000 F CFA) par journée de travail. Ce gain est définitif lorsque ces femmes n'exercent aucune autre activité

génératrice de revenu. Seulement 3.68 % des femmes exercent une activité salariée. Il en découle la difficulté d'évaluer les revenus avec précision.

6.1.2 Caractéristiques des mutuelles de santé.

Quatre mutuelles ont fait l'objet de cette étude. Il s'agit des mutuelles Wer Werlé de Dakar et de Thiès, And Fagarou et Thially (Saint Benoît) de Thiès. Elles sont toutes vieilles de moins de trois ans sauf Thially¹². Ce sont des mutuelles de petite taille avec en moyenne 300 membres par mutuelle pour 1200 bénéficiaires.

Tableau 12 : Présentation des mutuelles et répartition de l'échantillon.

Mutuelles	Région	Création	Groupe cible	Echantillon
Wer Werlé Dakar	Dakar	1998	Membres du PROFEMU	47
And Fagarou	Thiès	1999	Population de Thiès	36
Wer Werlé Thiès	Thiès	1999	Membres du PROFEMU	40
Thially	Thiès	1994	Habitants du quartier	40

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Les mutuelles Wer Werlé sont le fruit du PROFEMU. Elles sont mises en place par ce programme pour la protection sociale des femmes membres et de leurs familles. L'adhésion à ces mutuelles est sujette à l'appartenance au programme. Les femmes constituent la cible principale.

La mutuelle And Fagarou par contre s'adresse à l'ensemble de la population de Thiès car ne pose pas de condition particulière à l'adhésion. Toute personne résidant dans la commune de Thiès peut y adhérer en payant le droit qui s'élève à 2000 F CFA par adhérent. La cotisation mensuelle est fixée à 300 F CFA. Cette mutuelle est mise en place par un ensemble de GIE

¹² Créée en 1994, la mutuelle a débuté ses prestations en 2000.

opérant dans la commune de Thiès. Son effectif est composé en majorité de femmes (70 %), mais elle est ouverte aux hommes (30 %).

Enfin et concernant la mutuelle petit Thialy (encore appelée St Benoît), elle s'adresse aux paroissiens des deux sexes de St Benoît. C'est une mutuelle initiée par l'église à l'endroit de ses fidèles.

Niveau de pénétration des groupes cible

Tableau 13 : Pénétration de la population cible

Mutuelles	Membres	Bénéficiaires	Groupe cible	Taux de pénétration
Wer Werlé Thiès	205	1049	348	59 %
And Fagarou	378	1800	230 000	0,78 %
Petit Thialy	120	800	5 000	16 %
Wer Werlé Dakar	494	919	2027	24 %

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

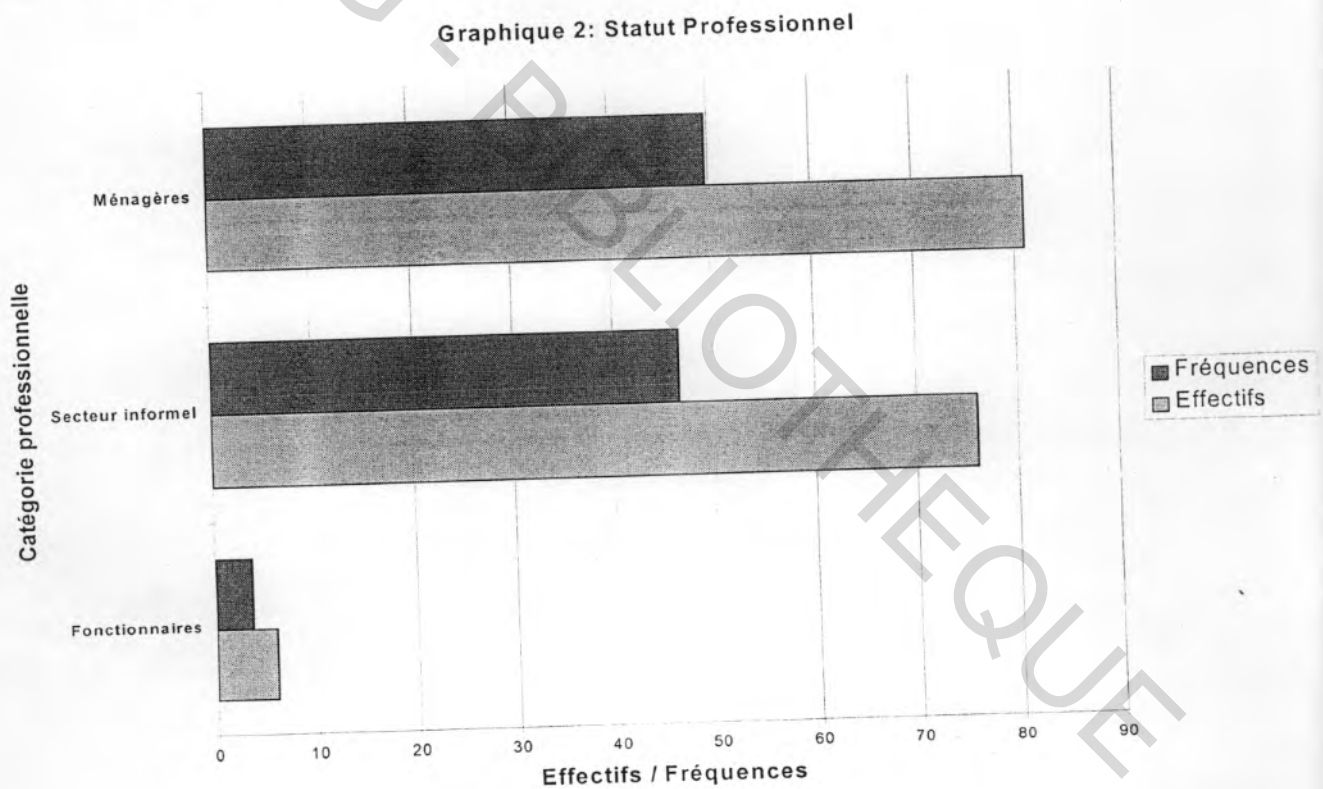
A part la mutuelle de Wer Werlé Thiès qui a une pénétration relative de la population cible de plus de moitié (59 %), les autres mutuelles présentent un faible pourcentage. Les mutuelles Wer Werlé s'adressent à une cible bien délimitée (femmes du PROFEMU) et faible (2 375 femmes à Thiès et Dakar), comparativement aux 230 000 personnes qui intéressent And Fagarou. Cette dernière dispose néanmoins du plus grand nombre de bénéficiaires malgré son très faible taux de pénétration du groupe cible et son jeune âge car dernière-née des quatre mutuelles (elle a débuté ses prestations en avril 2000). Quant à la mutuelle Thialy qui profite à 800 personnes pour une cible de 5 000, elle présente une situation beaucoup plus difficile. Créée en 1994, elle a enregistré 120 adhésions en six années d'existence soit 20 en moyenne vingt personnes par an.

6.2 FINANCEMENT DES SOINS.

Les ressources financières des mutuelles proviennent en majorité des cotisations des membres. Ces cotisations sont déterminées sur la base des prestations à couvrir, des frais de fonctionnement et du nombre d'adhésions attendues. Les résultats sur l'équité dans le financement seront présentés à travers la structure et le montant des revenus des femmes, les cotisations et les ressources complémentaires des mutuelles.

Catégories professionnelles et revenus

Graphique 2 : Statut professionnel



Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

La majorité des femmes ayant fait l'objet de cette étude évoluent dans le secteur informel (46.62 %) spécifiquement le petit commerce. Seulement six personnes disposent d'un emploi salarié, soit 3.68 % de l'échantillon. A cela, il faut ajouter que la moitié de ces femmes (49.70) sont ménagères et n'exercent en réalité aucune activité génératrice de revenus. Il est alors difficile d'évaluer avec précision les revenus de ces femmes. Moins de quatre femmes sur cent disposent d'un revenu stable et permanent sur lequel on peut percevoir une cotisation régulière.

Tableau 14 : Revenus mensuels des femmes

Statut de l'individu	Classes de revenus	Effectifs	Fréquence en %
Très pauvres	Moins de 21 000	82	50.30
Pauvres	De 21 000 à 42 000	18	11.04
Moins pauvres	De 42000 à 90 000	32	19.63
Riches	Plus de 90 000	31	20.03

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Les revenus des populations ont été estimés à partir de l'approche des dépenses et les résultats suivants ont été enregistrés. Ils sont regroupés en classes selon que l'individu est très pauvre, pauvre, moins pauvre ou riche. Cette classification est inspirée des indicateurs du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) selon lesquels les personnes disposant de moins d'un dollar par jour vivent au seuil de pauvreté absolue. Selon le niveau de vie de chaque pays, ces dispositions pourraient évoluer mais nous les avons gardé telles, toutes choses égales par ailleurs.

Sur cette base, considérée très pauvre toute femme qui gagne moins de vingt et un mille francs (21 000 F CFA) par mois, soit moins d'un dollar (700 F CFA) par jour. Plus de la moitié des femmes (50.30 %) sont ainsi classées très pauvres. Les autres sont pauvres (11.04 %) avec moins de mille quatre cents francs (1400F CFA) soit 2 \$ par jour ou quarante-deux mille francs (42

000 F CFA) par mois, ou moins pauvres (19.63 %). Le dernier quartile de ces femmes est supposé riche et gagne un revenu supérieur ou égal à quatre-vingt-dix mille francs (90 000 F CFA) par mois.

Montant de la cotisation annuelle par adhérent.

Tableau 15 : Evaluation de la prime annuelle (en F CFA).

Mutuelles	Cotisation mensuelle	Prime annuelle par bénéficiaire	Prime annuelle (6 personnes)	Prime annuelle (15 personnes)
Wer Werlé Thiès	200	2 400	14 400	36 000
And Fagarou	300	3 600	21 600	54 000
Thialy	100	1 200	7 200	18 000
Wer Werlé Dakar	200	2 400	1 440	36 000

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

En moyenne, il y a six ayants droit par adhérent pour l'ensemble des mutuelles. Les cotisations varient de 100 à 300 F CFA par bénéficiaire et par mois. Sur cette base, la cotisation mensuelle par adhérent varie du simple au triple selon la mutuelle et le nombre d'ayants droit. Les résultats de l'enquête ont permis d'obtenir les montants extrêmes et moyens à supporter par an selon la taille de la famille et les montants des cotisations pratiquées par la mutuelle. Les primes annuelles vont de mille deux cents francs (1200 F CFA) pour l'adhérent de Thialy sans personne à charge, à cinquante-quatre mille francs (54 000 F CFA) pour l'adhérent de And Fagarou qui supporte quatorze ayants droit.

Tableau 16 : Niveau de recouvrement des cotisations

Mutuelles	Bénéficiaires	Recettes attendues	Recettes effectives	Taux de recouvrement
Wer Werlé Dakar	919	2 205 600	1045485	47 %
And Fagarou	1800	6 480 000	892900	14 %
Wer Werlé Thiès	1049	2 517 600	1062300	42 %
Thialy	800	960 000	415600	43 %

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Les mutuelles étudiées adoptent le système de l'adhésion familiale à cotisation individuelle. Ce qui signifie que l'adhésion est valable pour tous les membres de la famille mais chaque bénéficiaire paie la même prime mensuelle.

Aucune des quatre mutuelles n'a pu recouvrer la moitié des cotisations attendues au cours de l'exercice précédent. Wer Werlé Dakar réalise le plus grand recouvrement avec un taux de 47 %. Elle est suivie de Thialy et Wer Werlé Thiès avec respectivement 43 % et 41 % de collecte des cotisations attendues. La mutuelle And Fagarou présente le plus faible taux avec seulement 14 % de recouvrement.

Tableau 17 : Régularité du paiement des cotisations.

Mutuelles	Personnes à jour des cotisations	Nombre de bénéficiaires	Taux de régularité des cotisations
Wer Werlé Dakar	380	919	41 %
And Fagarou	40	1 800	2 %
Wer Werlé Thiès	490	1 049	47 %
Thialy	60	800	7.5 %

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

Outre les faibles taux de recouvrement des cotisations, on note une irrégularité dans le paiement des primes. Très peu de mutualistes sont à jour des leurs cotisations. Là encore, And Fagarou présente le plus faible taux avec seulement 40 personnes soit 2 % de bénéficiaires à jour sur 1800. C'est un signal fort qui indique une réelle menace sur la pérennité et la viabilité des activités de la mutuelle, car elle ne vit que des cotisations de ses membres. Thialy suit avec 7.5 % de niveau de recouvrement. Les mutuelles Wer Werlé ont les taux les plus élevés avec respectivement 47 % et 41 % pour Thiès et Dakar.

Montant et utilisation des subventions

Aucune mutuelle de santé ne reçoit de subventions de l'Etat. En revanche, les partenaires au développement et d'autres structures d'appui apportent leur concours aux mutuelles. Il s'agit souvent d'un appui technique et matériel en études de faisabilité pour la mise en place. L'aide peut également prendre la forme de formation des membres des organes de la mutuelle ou la production de documents ou encore un appui à des activités de sensibilisation. La mutuelle ne reçoit pas de la liquidité pour l'ensemble de ces appuis. En revanche, les prestations et les frais de gestion des mutuelles sont (et doivent être) entièrement supportés par les cotisations des membres.

6.3 UTILISATION DES SOINS

Paquet de prestations couvertes et prestataires agréés

Toutes les mutuelles prennent en charge les soins de santé primaires (SSP). Celles de Thiès bénéficient en plus des services de l'hôpital confessionnel saint Jean de Dieu pour les hospitalisations. Cet hôpital signe une convention avec la plupart des mutuelles contre une caution de cinq cent mille francs (500 000 F CFA) pour la prise en charge des frais de séjour en 3°

catégorie. Les postes de santé offrent les soins de santé primaires. La mutuelle And Fagarou a signé une convention avec 9 postes de santé, 1 pour Thialy. Seule la mutuelle Wer Werlé n'a pas signé de convention avec un poste de santé. En revanche, elle dispose d'une convention avec une pharmacie privée pour la prise en charge des médicaments de spécialité en plus des génériques. A Dakar, les mutuelles de santé ne bénéficient pas des faveurs qu'offre l'Hôpital Saint Jean de Dieu (HSJD) qui facture moitié prix (une réduction de 50 %) aux mutualistes. Wer Werlé Dakar a en outre signé une convention avec 3 centres de santé (Roi Baudoin, Khadimou Rassoul Sicap Mbao et Gaspard Camara). Ces structures assurent les soins de santé primaires et secondaires y compris les soins de santé maternelle et infantile.

Détermination des besoins prioritaires des populations

Le processus de détermination des besoins à couvrir est une étape de la mise en place des mutuelles de santé. En général, les prestations à couvrir et les cotisations sont proposées à partir des résultats des études de faisabilité socioéconomique et sanitaire entérinée par l'assemblée générale.

La sélection des prestations à couvrir dépend également des besoins spécifiques des populations cible et particulièrement ici des femmes. Ces besoins spécifiques sont liés à la maternité. La grossesse fait constituer une situation de fragilité et fait de la femme une cible vulnérable en matière de santé. Elle doit être mieux suivie pour rendre l'accouchement moins risqué.

Les coûts élevés liés aux accouchements compliqués font des soins de santé reproductive (SSR) un risque élevé pour l'assurance. En revanche, plusieurs mutuelles mixtes ne couvrent pas les SSR. Même la mutuelle Wer Werlé Thiés qui est une mutuelle exclusivement réservée aux femmes ne couvre pas encore les SSR. Cela est une cause de mécontentement car 34 femmes sur les 40 interrogées dans cette mutuelle soit 85 % sont non satisfaites des prestations couvertes pour cette raison. Les trois autres mutuelles prennent

en charge ces soins. A And Fagarou, la prise en charge de ces soins dès le départ a rendu les cotisations plus élevées (tableau 13). Les consultations pré et post natales et les accouchements simples pour cette mutuelle et celle de Thialy, se font dans les maternités des postes de santé et les cas compliqués à l'hôpital saint jean de dieu. Tous ces soins sont assurés dans les centres de santé conventionnés pour Wer Werlé Dakar.

Recours aux prestations des mutuelles de santé

Tableau 18 : *Recours aux mutuelles*

Recours aux soins	Nb. cit.	Fréq.
Déjà eu recours à la mutuelle	69	42,33%
Jamais eu recours à la mutuelle	94	57,66%
TOTAL OBS.	163	100,00%

Source: Enquêtes Mémoire Bidio. DSES-CESAG, 2001.

En moyenne, les mutualistes ont eu quatre fois recours à leur mutuelle depuis leur adhésion. Si certains l'ont fait qu'une seule fois, d'autres l'ont sollicité jusqu'à quinze reprises. Cependant, plus de la moitié (57.66 %) n'ont jamais eu recours aux services de leur mutuelle depuis leur adhésion à la mutuelle. Ce recours aux services des mutuelles ne concerne que la seule période de l'année 2000.

Chapitre 7

ANALYSE ET DISCUSSION

Chapitre 7 ANALYSE ET DISCUSSION

Les résultats de cette étude seront analysés et discutés en rapport au financement et au recours aux soins, après avoir fait des observations générales.

7.1 OBSERVATIONS GENERALES

➤ Au niveau des femmes

Les membres des mutuelles sont des femmes d'un âge adulte. La moyenne d'âge de 42 ans traduit bien cette réalité. Il s'agit en général de femmes mariées, ayant des enfants, soucieuses de préserver et garantir l'état de santé des membres de leurs familles. Seulement une femme sur dix a un âge inférieur à 30 ans. Ce qui signifie que les jeunes filles ne sont pas intéressées par les mutuelles et seraient indifférentes ou auraient un goût pour le risque. Elles sont des ayants droit lorsqu'elles bénéficient des services de la mutuelle. Le rôle central que joue la femme en cas de maladie dans la famille l'oblige à prendre les dispositions nécessaires pour garantir et assurer à chacun une meilleure santé.

De plus en plus les femmes s'affranchissent de la dépendance des hommes. Ici, les trois quarts des femmes paient elles même leurs cotisations à la mutuelle. C'est le fruit d'une intégration des femmes dans le tissu socio-économique. En outre, la plupart des mutuelles sont initiées au sein de mouvements sociaux ou groupements d'intérêt économique qui procurent aux femmes des activités génératrices de revenus, quelque infimes que soient ces revenus. La combinaison micro entreprise - micro finance devient indissociable pour une production efficace et des travailleurs mieux protégés. Le BIT considère la protection sociale comme la clé d'accès à un travail décent.

Malheureusement, cet élan est freiné par le faible niveau d'éducation des femmes. Seulement 2.45 % de ces dernières ont effectué des études supérieures, près de la moitié ne sachant ni lire ni écrire. Cela constitue un réel handicap pour la valorisation des compétences du secteur informel et de la participation effective de l'ensemble des femmes à une gestion efficace des mutuelles de santé.

➤ *Au niveau des mutuelles.*

Les quatre mutuelles étudiées sont toutes de création récente et couvrent une population totale de 4 568 bénéficiaires. Il s'agit de mutuelles de petites tailles qui comprennent moins de 1 000 adhérents chacune. Leur effectif est largement inférieur¹³ au chiffre nécessaire pour que la loi des grands nombres puisse convenablement fonctionner en assurance(14). Si le mouvement est encore récent, diverses autres raisons pourraient en plus expliquer cette situation. La confiance accordée aux initiateurs du projet et les résultats obtenus par les mutuelles constituent un gage de confiance pour attirer les populations cible. On note également que certaines mutuelles ne prennent pas toujours en compte les besoins spécifiques des femmes, notamment les SSR. Dans la précipitation, des mises en place les initiateurs ne respectent pas toujours rigoureusement les étapes conseillées.

La mutuelle Wer Werlé de Thiès, qui est réservée aux femmes ne couvre pas les soins de santé de la reproduction. Il en est de même pour Wer Werlé Dakar qui n'a pas signé de convention de partenariat avec l'hôpital principal comme promis aux femmes lors de la création de la mutuelle.

¹³ Selon HSIAO, des calculs actuaires montrent qu'un groupe d'une taille minimum de 5 000 personnes est suffisamment stable pour que la loi des grands nombres agisse et que les pertes financières soient prévisibles avec un écart acceptable. Idéalement, la taille du groupe doit être proche de 10 000 âmes.

Toutes ces mutuelles sont créées à partir de groupements, associations ou structures coopératives. Ces mouvements regroupent des personnes ayant des intérêts communs. Ils constituent un cadre propice à la pratique de la solidarité qui est le véritable fondement de la mutualité. En effet, la solidarité constitue, avec le mouvement social, deux principes de base¹⁴ de la mutualité. De la dynamique de ces groupements dépendra l'essor des mutuelles de santé.

Parmi les quatre mutuelles, le champ d'action de And Fagarou de Thiès est le plus vaste et le plus difficile à contrôler. Cette mutuelle présente les plus faibles indicateurs (pénétration du groupe cible, recouvrement des cotisations). En revanche, les mutuelles Wer Werlé présentent les meilleurs indicateurs. Ces dernières sont issues d'un programme bien structuré ayant une longue expérience en organisation. Cependant, elle profitent à moins de personnes que And Fagarou qui a le plus grand nombre de bénéficiaires.

7.2 FINANCEMENT DES SOINS.

☛ Structure des revenus et des cotisations.

Le financement constitue la problématique principale du fonctionnement des mutuelles. La logique de l'équité contributive verticale voudrait que les primes soient fixées en fonction de la capacité contributive des populations.

Et pourtant, aucune des mutuelles étudiées n'a une grille de cotisations graduelle en fonction des capacités contributives individuelles de ses membres. La difficulté principale pour la fixation de cotisations graduelles réside dans l'évaluation des revenus des mutualistes. En effet, 9 mutualistes sur 10 exercent dans le secteur informel de l'activité économique ou sont ménagères. Ce secteur est caractérisé par des revenus instables, irréguliers,

¹⁴ Les principes de base de la mutualité: Autonomie et liberté - Epanouissement de la personne - But non lucratif

relativement faibles, et parfois saisonniers. Ils sont en plus soumis aux chocs même les plus faibles du cycle économique. Il est donc difficile de catégoriser ces revenus et de déterminer les classes stables qui permettront de fixer des cotisations graduelles. Pire, la plupart des femmes qui pratiquent le petit commerce ne savent même pas combien elles gagnent par jour ou par mois. La cotisation unique pour tous les membres est utilisée par souci d'égalité et de cohésion sociale, comme l'indiquent les initiateurs, mais elle permet aussi une simplification administrative. C'est également l'expression d'une solidarité entre les membres d'un groupe qui ont des intérêts communs. La solidarité étant l'un des fondements de la mutualité. Les mieux portants paient pour ceux qui sont dans le besoin. Cette conception justifie à juste titre la vision du doyen **Assane GUEYE**¹⁵ de la mutuelle Faggu de Thiès qui formule sa prière de mutualiste en ces termes :

- Responsabilité - Participation démocratique - Mouvement social - Solidarité.

Ma prière de mutualiste

Je formule le vœu :

De cotiser régulièrement, la cotisation étant la sève de ma mutuelle.

De n'avoir jamais besoin de solliciter la couverture de ma mutuelle, ni pour moi, ni pour les miens.

De participer par ma contribution au financement de la santé des autres mutualistes qui en ont besoin.

Le doyen Assane GUEYE,
Thiès.

Au sein des mutuelles Wer Werlé, cette solidarité est matérialisée par deux types de cotisations. Le personnel salarié du PROFEMU paie une cotisation unique de 3000 F CFA¹⁶ par mois quel que soit le nombre de personnes à charge. Les primes sont retenues à la source. C'est une politique qui vise à taxer plus fort les revenus permanents et stables dans un souci de solidarité et d'équité contributive.

¹⁶ Président de la mutuelles FAGGU des retraités de Thiès, il est le vétéran en activité du mouvement mutualiste au Sénégal

➤ Mobilisation des ressources.

Les cotisations des membres constituent la principale source de financement des mutuelles. Bien que les primes proposées soient relativement faibles, leur recouvrement pose un réel problème et très peu de mutualistes sont à jour des cotisations. Diverses explications sont évoquées pour justifier cette irrégularité des cotisations. La principale raison est l'insuffisance des revenus. En effet, beaucoup de femmes membres des mutuelles sont chef de ménage (48 %) et doivent supporter les dépenses quotidiennes. Ce chiffre est largement supérieur à la moyenne nationale (18 %) fournie par l'EDS III de 1997 et aux moyennes régionales de Dakar (22 %) et de Thiès (21 %). Les veuves (13.49 %), les divorcées (5.52 %) de même que les femmes dont l'époux ne travaille plus (licencié ou retraité) doivent assumer l'ensemble des charges familiales. L'ensemble de ces facteurs explique le chiffre élevé de chefs de famille dans cet échantillon. L'insuffisance des revenus amène à opérer une priorisation des besoins. L'essentiel du revenu est affecté à l'alimentation¹⁷, avant de penser à la prévention. La classification des besoins est largement influencée par les facteurs socioculturels déterminant les dépenses. Au Sénégal, les festivités absorbent 13 % du revenu des ménages (ZEF 2000). Le baptême d'un nouveau-né peut coûter cinq cent mille francs (500 000 F CFA), l'équivalent de vingt ans de cotisations à Wer Werlé pour un ménage de dix personnes. D'autres raisons sont également avancées dont l'absence du membre pour voyage, l'oubli, la négligence du mari.

Les mécanismes de recouvrement des cotisations adoptés par les mutuelles ne sont pas toujours favorables à une collecte efficace des primes. La plupart laissent le libre choix au mutualiste de venir lui-même verser ses cotisations à une date indiquée, généralement le 05 du mois pour les cotisations du

¹⁶ Ce montant représente normalement la cotisation mensuelle de 15 personnes.

mois antérieur. Les ressources très limitées des ces mutuelles ne leur permettent pas une marge de manœuvre assez importante dans ce domaine. C'est le résultat d'un bénévolat pratiqué dans la gestion de ces structures. Seules les mutuelles Wer Werlé emploient des gestionnaires salariées. Mais ces dernières sont payées par le PROFEMU et non sur les ressources propres de la mutuelle. A terme, le bénévolat constitue une menace pour une gestion efficace des mutuelles.

7.3 UTILISATION DES SOINS

☛ Paquet de prestations couvertes.

La plupart des mutuelles privilégient les grands risques en ciblant particulièrement les soins secondaires et tertiaires. Ce choix est souvent motivé par le fait que ces soins sont plus chers et difficiles à supporter individuellement. Leur probabilité de survenue est rare contrairement aux petits risques qui coûtent moins cher mais très fréquents. Il serait plus intéressant d'associer ces deux risques pour une couverture équilibrée. En couvrant les soins de santé primaires, on diminue la probabilité de survenue des grands risques. And Fagarou a bien compris cette logique en signant une convention avec neuf postes de santé pour la prise en charge des soins primaires et l'hôpital saint Jean de Dieu pour les soins secondaires. Wer Werlé Thiès, contrairement à son homologue de Dakar ne couvre pas les soins de santé de la reproduction. Aujourd'hui, cela représente un facteur d'insatisfaction de l'ensemble des femmes interrogées (85 %). Le décor est donc planté quant à la prise en compte des besoins spécifiques des populations cible, notamment des femmes pour les mutuelles créées à leur profit.

¹⁷ Selon une étude du ZEF (Centre allemand pour le Développement de la Recherche) réalisée à Thiès en 2000, des populations consacrent 42 % du revenu à l'alimentation, seulement 4 % à la santé contre 13 % aux festivités.

La détermination du paquet de prestations à couvrir est le résultat logique de l'étude de faisabilité socio-économique et sanitaire avant la mise en place des mutuelles de santé. Malheureusement souvent, les décisions finales des Assemblées Générales constitutives ne se conforment pas toujours aux recommandations de ces études. L'âge récent des mutuelles ne permet pas actuellement de constater les écarts entre les prestations couvertes et la capacité financière réelle des mutuelles. Aujourd'hui, la mutuelle Wer Werlé Thiès réévalue les études de faisabilité afin de déterminer les réels besoins de son groupe cible. Une convention avec l'hôpital régional est envisagée pour couvrir les soins de maternité en vue d'améliorer l'utilisation des soins des bénéficiaires.

➤ *Recours aux soins*

Il est trop tôt pour faire une évaluation exhaustive du recours aux soins. Pour l'ensemble des quatre mutuelles, moins de la moitié (42.33 %) des femmes interrogées ont déjà sollicité les services de la mutuelle pour l'année 2000. Il s'agit de mutuelles jeunes, ayant débuté leurs prestations en 1999 et 2000. En revanche, certaines personnes ont pu bénéficier des prestations quinze fois. Cela laisse présager la présence du risque moral suscité par l'appartenance à la mutuelle bien que les mutuelles aient pris des dispositions pour contrôler ces risques en instaurant des franchises et des limitations de consommation. Ainsi, aucun bénéficiaire des mutuelles Wer Werlé ne peut utiliser plus de cinquante mille francs de prestations par an. De même, les hospitalisations à l'hôpital saint Jean de Dieu n'excèdent pas 10 jours.

7.4 SYNTHÈSE DES REPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE POSEES.

7.4.1 La capacité des femmes à payer régulièrement leurs cotisations dépend du niveau et de la structure de leurs revenus.

Selon l'analyse économique, le revenu est le déterminant principal de la consommation d'un individu. Le revenu des ménages est reparti entre la consommation et l'épargne ($y=c+s$)¹⁸. La logique de l'équité contributive verticale exige que chaque femme participe au financement de la santé en fonction de ses moyens. Cependant, aucune mutuelle étudiée ne pratique un système de cotisations graduel. Les primes sont identiques pour tous les bénéficiaires pour les raisons suivantes :

1- Il s'agit pour la plupart des personnes évoluant dans le secteur informel de l'activité économique disposant de revenus irréguliers, faibles et difficiles à évaluer. La nature des activités professionnelles ne favorise pas un revenu permanent. Les populations pauvres affectent la totalité de leurs revenus à la consommation. Ces revenus sont soumis aux divers chocs économiques, même minimes. Selon la banque mondiale (1995), la plupart des ménages en Afrique dépensent de leur poche entre 2 et 5 % de leur revenu pour les services de santé et les médicaments. Cela représentera entre 70 et 175 F CFA par personne pour les ménages de six personnes ayant un revenu mensuel de vingt et un mille francs (21 000 F CFA) par mois, alors que les cotisations à la mutuelle sont souvent égales ou supérieures à deux cents francs (200). La moitié des femmes de cet échantillon sont concernées.

¹⁸ L'équation du revenu selon l'analyse keynésienne.

2- La fixation de primes uniques pour tous permet une gestion administrative simplifiée pour des gestionnaires souvent moins bien formés, démunis d'outils de gestion et pour la plupart travaillant de façon bénévole sans salaire.

En conclusion les mutuelles ne se basent pas strictement sur les concepts d'équité contributive pour fixer les cotisations des membres. Cependant, il serait maladroit de dire que les mutuelles ne contiennent pas ses éléments d'équité contributive dans leur fonctionnement. Car, avec la mutuelle, les femmes du secteur informel, les ménagères accèdent enfin à la protection sociale minimale. Il s'agit ici d'une équité sectorielle. Cela répond à une préoccupation majeure du BIT qui recommande, dans son "*rapport 2000 sur le travail dans le monde*" aux Etats d'étendre la protection sociale aux travailleurs du secteur informel et particulièrement les catégories dans lesquelles les femmes sont fortement représentées. Beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer les faibles revenus afin de garantir un paiement régulier des cotisations.

Au Sénégal, Les actions du BIT en faveur de la protection sociale des plus démunis, particulièrement des femmes, sont matérialisées par la présence du programme STEP¹⁹ qui privilégie les cibles féminines. Ce programme appuie et favorise la mise en place de mutuelles en faveur des femmes et de leurs familles et encourage le couplage micro crédit - micro finance. Des initiatives sont en cours au ministère chargé de la promotion de la femme pour assurer aux femmes des revenus permanents et améliorer leur protection sociale.

¹⁹ STEP: Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté.

7.4.2 La fixation des primes au sein des mutuelles de santé n'obéit pas toujours aux règles d'équité contributive verticale.

A priori, la prime unique pour toutes les femmes n'est pas équitable. Mais comme l'étude l'a montré ci haut, seulement 3.68 % des femmes interrogées disposent d'un revenu salarié, donc régulier et constant. Les autres femmes sont soit ménagères ou exercent dans le secteur informel. Or comme l'indique le rapport 2000 du BIT sur le travail dans le monde, "les travailleurs du secteur informel ont de très petits revenus et leur capacité de contribution aux régimes de protection sociale est extrêmement limitée". La preuve dans la présente étude est que plus de la moitié de l'échantillon (50.30 %) gagnent moins de vingt et un mille francs (21 000 F CFA) par mois. La plupart de ces revenus sont des transferts reçus soit de l'époux, soit de la famille. Au total, plus de 60 % des femmes gagnent au plus quarante deux mille francs (42 000 F CFA) par mois. Seulement le cinquième de l'échantillon est classé riche avec des revenus élevés. Il serait donc raisonnable d'avoir des cotisations homogènes et identiques pour les populations de même revenu. Cela répondrait justement à un besoin d'équité contributive verticale ou les plus nantis paieraient davantage. Ainsi, chaque quantile de revenu se retrouverait avec une cotisation en fonction du niveau de revenu. Cependant, l'on ne dispose pas encore d'outils et des moyens nécessaires pour déterminer avec précision les revenus du secteur informel. Ces revenus étant différents, la prime unique ne répond pas aux critères d'équité. D'autres raisons d'ordre administratif ou sociologique amène les initiateurs à fixer une cotisation unique pour tous. On pourrait parler d'une inéquité consensuelle²⁰.

²⁰ Situation consensuelle inéquitable mais qui arrange tout le monde, c'est-à-dire, ni les plus pauvres, ni les plus nantis ne trouvent le système injuste.

7.3.3 Les besoins de santé spécifiques et prioritaires des femmes sont mal définis par les mutuelles de santé

La détermination des prestations à couvrir par une mutuelle de santé se fait en assemblée générale (AG) constitutive par l'ensemble des membres sur la base des résultats de l'étude de faisabilité. En dehors des mutuelles exclusivement féminines, les femmes sont rarement majoritaires aux AG. En général, ce sont les hommes qui décident à la place des femmes. D'autre part, le choix des prestations est fonction de la capacité à payer de la population cible et du coût des prestations. Le coût souvent élevé des soins de santé de la reproduction, particulièrement des accouchements compliqués, est un facteur d'exclusion de ce type de soins dans le choix des prestations. Plus souvent, les populations fixent le plafond de leurs cotisations et on détermine les prestations qu'il est possible de couvrir.

Seule la mutuelle And Fagarou a véritablement tenu compte des besoins spécifiques des femmes pour déterminer les prestations à couvrir. En plus des soins de santé primaire, elle couvre les CPN (consultations pré et post natales), les accouchements simples et compliqués. L'hôpital saint jean de dieu assure les accouchements compliqués et les autres prestations primaires dans les postes de santé. Wer Werlé Dakar et petit Thialy couvrent également les CPN, et les accouchements simples. La surprise vient de Wer Werlé Thiès qui ne prend pas en charge les soins de santé maternelle et de la reproduction bien qu'elle soit une mutuelle exclusivement féminine. la raison est que ces soins sont très chers à l'hôpital saint jean de dieu et les femmes n'étaient pas prêtes à payer plus de deux cents francs. Des démarches sont en cours pour couvrir ces soins avec l'hôpital régional. Aujourd'hui, ce fait constitue un motif d'insatisfaction pour les bénéficiaires de cette mutuelle.

Avec ces exemples, on constate que les mutuelles sont confrontées à de réelles difficultés pour assurer les besoins prioritaires des populations cible. En plus de la disponibilité des soins, il faut une adéquation entre la capacité contributive des femmes et le paquet de prestations prioritaires, car, l'équité, c'est aussi la fourniture d'un paquet minimum de soins à l'ensemble de la population.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 8

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 8 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le financement de la santé constitue aujourd'hui une actualité brûlante dans l'élaboration des politiques de santé. Le problème majeur de l'insuffisance des ressources publiques nous a amené à centrer notre problématique sur la pertinence des solutions alternatives de la mobilisation de ressources complémentaires pour le système de santé et plus particulièrement l'impact des mutuelles de santé sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins par les populations féminines vulnérables du Sénégal.

La finalité de cette étude a été d'identifier dans un premier temps les caractéristiques socio-économiques des femmes, ensuite vérifier leur capacité à prendre en charge leurs dépenses de santé dans un contexte d'équité contributive et enfin de déterminer la capacité des mutuelles à couvrir les besoins spécifiques des femmes.

L'étude a porté sur un échantillon de 163 femmes appartenant à 4 mutuelles de santé dans les régions de Thiès et de Dakar. L'analyse des résultats nous a permis d'identifier d'une part les difficultés que les femmes rencontrent pour prendre en charge leurs problèmes de santé et d'autre part les entraves à la mobilisation des ressources permettant aux mutuelles de satisfaire les besoins spécifiques des femmes.

Dans le but de faire de la mutuelle un instrument efficace de mobilisation de ressources complémentaires et de contribuer à une meilleure prise en compte des aspects d'équité dans le financement et l'utilisation des soins de santé par les populations féminines vulnérables, nous avons fait les recommandations suivantes à l'endroit des autorités publiques, des partenaires au développement et des mutuelles de santé.

8.1 LE FINANCEMENT DES SOINS.

Pour rendre le financement pérenne et favoriser la pratique de l'équité, nous recommandons ceci aux autorités publiques et aux structures mutualistes

Le rôle des autorités publiques

➤ Aider les femmes du secteur informel à améliorer leur pouvoir d'achat par la promotion d'activités de micro finance et de micro projets.

➤ Accorder une subvention aux structures publiques qui ont signé une convention avec les mutuelles pour combler l'absence de la contribution patronale que reçoivent les assurances privées pour la prise en charge des travailleurs du secteur structuré (formel).

➤ La fixation des cotisations et détermination des prestations prioritaires. Se référer toujours aux études de faisabilité socio-économiques et sanitaires et faire une sensibilisation suffisante sur l'importance de la santé dans la vie quotidienne des citoyens. Ne pas ignorer le rôle fondamental de la femme dans la satisfaction des besoins de santé de la famille. La femme et l'enfant constituent une cible particulièrement vulnérable en matière de santé.

Paiement régulier des cotisations

➤ Doter les mutuelles de systèmes efficaces de recouvrement des cotisations même si cela doit avoir un coût. A défaut de pouvoir faire la rétention à la source, il est nécessaire d'aller vers les mutualistes pour les encaissements. Il est également nécessaire de rendre flexible la périodicité des cotisations afin de l'adapter à celle des revenus des femmes.

- Utiliser la période d'observation pour sanctionner et décourager les retardataires dans le paiement des cotisations.

Au niveau de la gestion des Mutuelles

- Faire une gestion groupée des mutuelles pour pallier l'incapacité d'engager individuellement des gestionnaires salariés pour chaque mutuelle. Cela permettra de résoudre le problème du volontariat qui entrave à terme les activités des mutuelles.

8.2 UTILISATION DES SOINS

Le paquet de prestations couvertes

- Prendre en compte de recommandations des études de faisabilité socio-économiques et sanitaires dans la définition des besoins prioritaires et spécifiques des femmes et l'évaluation de la disponibilité des prestations à couvrir.

- Signer des conventions avec les postes et centres de santé afin de mieux couvrir les petits risques et plus particulièrement les soins de santé maternelle et infantile.

- Intégrer et promouvoir les soins de santé préventifs et promotionnels au sein des structures mutualistes. Ces soins sont efficaces à terme bien que leur mise en œuvre demande plus d'efforts présents. Ils permettent d'éviter des cas maladie.

8.3 PENETRATION DES GROUPES CIBLE.

Pour mieux atteindre les populations cibles, des actions à plusieurs niveaux méritent d'être posées par les mutuelles.

➤ Les comités d'initiatives qui pilotent la mise en place des mutuelles doivent faire une sensibilisation de fond auprès des populations cible en les associant à toutes les étapes de la mise en place.

➤ La sensibilisation doit constituer une activité à part entière de la mutuelle. Elle doit être permanente et continue.

Le rôle des autorités publiques centrales.

Le droit à la santé inscrit dans la loi fondamentale oblige les autorités publiques à s'investir davantage pour la mise en place de la micro assurance santé. Elles doivent mener, à travers les médias d'Etat et les structures de communication, une sensibilisation nationale pour faire prendre conscience aux populations de l'importance des mutuelles de santé dans la résolution de leurs problèmes de santé.

Elles doivent également promouvoir un cadre institutionnel et juridique favorable à l'émergence et au bon fonctionnement des mutuelles.

Le rôle des autorités locales.

➤ Apporter aux mutuelles de santé un appui logistique, matériel et financier dans un contexte de décentralisation.

Le rôle des partenaires au développement

➤ Faire des évaluations permanentes pour apprécier l'impact de leurs actions sur le développement et la performance des Mutuelles afin de garantir et créer un cadre favorable à l'adhésion des populations.

➤ Accorder davantage d'attention aux mutuelles féminines par un apport accru en expertise, en formation de gestionnaires, en assistance logistique et technique.

Le rôle des structures locales²¹ d'appui au développement des mutuelles.

➤ Servir de laboratoires de recherche et de capitalisation des expériences vécues, appuyer les études de faisabilité et définir des stratégies de sensibilisation appropriées.

²¹Les coordinations régionales et locales et les structures connexes maîtrisent mieux l'environnement des mutuelles et des populations

CESAG

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ATIM, Chris. *Vers une meilleure santé en Afrique : étude comparée du financement communautaire et de la mutualité*, Cotonou, 1996.
- 2 ATIM, Chris. *Codex cours d'assurance santé et mutualité en Afrique*, CESAG-DSES, 2000.
- 3 ATIM, Chris. *Contribution des mutuelles de santé à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre*, abt Associates Inc, Mars 2000.
- 4 Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*. Washington, 1993.
- 5 Banque Mondiale, USAID, HFS. *22 questions sur le financement de la santé en Afrique*. Washington, 1995.
- 6 BIT. *Rapport 2000 sur le travail dans le monde*. Genève, 2000.
- 7 BIT. *Genre ! Partenaires et égaux*, bureau de l'égalité entre hommes et femmes. Genève, 2000.
- 8 BIT/ACOPAM. *Genre et développement : analyse de la place des femmes, une expérience au Sahel*. Dakar, 1996.
- 9 BIT/ACOPAM. *Mutuelle de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Dakar, 1996.
- 10 BOITE, Pierre. *Ethique, justice et santé : allocation des ressources dans une population vieillissante*, Cartalyse, 1995.
- 11 DAFF, Bocar. *Etude de la capacité des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins*. Mémoire DSES, Dakar, mai 2000.
- 12 DIOP, François & coll. *Synthèse sur le financement de la santé au Sénégal depuis 1980*, PHR.
- 13 GUEYE, Bineta. *Etude de faisabilité pour l'extension de la protection sociale aux acteurs de l'informel au Sénégal*. Mémoire DESS, Paris. 1998.
- 14 HSIAO, William. *Le financement des soins de santé dans les pays du Sud, Afrique du Sud*, septembre 1999.
- 15 JACOBZONE, Stéphane. *Systèmes mixtes d'assurance maladie, équité, gestion du risque et maîtrise des coûts*. Economie et Prévision N°129-130, nouvelles approches microéconomique de l'économie de la santé, 1997.

- 16 Jeune Afrique l'Intelligent, N° 2078 du 07 au 13 novembre 2000.
- 17 KELLEY, Alison Gamble. *Dissemination workshop for survey results from Sikasso and Bla – The Equity Initiative in Mali, Bamako, august 24, 2000.*
- 18 Ministère de l'économie, des finances et du plan ; Demographic health and survey. *Enquêtes démographiques et de santé : EDS 3, 1997.*
- 19 Ministère de la famille, de la femme et de l'enfance. *Répertoire des mouvements féminins au Sénégal, Dakar, 1997.*
- 20 Ministère de la santé, SERDHA ; Measure DHS. *Enquêtes Sénégalaises sur les Indicateurs de Santé (ESIS) 1999.*
- 21 MONNET, M. *Genre et développement : Manuel de formation à l'usage des agents.*
- 22 NOLAN, Brian. *Mesure de l'équité des modes de financement et de distribution des soins de santé : aspects méthodologiques avec illustration sur l'Irlande.* Economie et prévision N° 129-130, nouvelles approches microéconomiques de la santé, 1997.
- 23 OMS. *Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde, 2000.*
- 24 PHR. *La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système. Manuel des indicateurs, septembre 1997.*
- 25 PHR/OMS/Rotary. Cours régional : coût et financement des services de santé, Marrakech, 20-30 avril 1999.
- 26 SCHNEIDER-BUNNER, Claude. *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité.* Paris, Economica, 1997.

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1

Convention de prestations de services.

CONVENTION de PRESTATIONS de SERVICE

Entre

Hôpital Saintjean de Dieu

Quartier
Diakhao
Thialy B.P
43A THIES
Tél 951.19.41 /
951.18.96 ==
Fax 951.18.43
== E-mail
uliansapina@nifis.acana.sn

Représenté par le Directeur Général, Frère Julian SAPINA, en vertu du pouvoir délégué qu'il a reçu du Conseil d'Administration.

Et

La Mutuelle de santé

représentée par son Président, Monsieur.....

en vertu de la délégation que lui a octroyée l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration ou encore le Comité Directeur .

Article 1: Objet

L'Hôpital Saint Jean de Dieu s'engage à

4»16 Réserver un accueil chaleureux à tous les membres de la Mutuelle de santé

4»> Identifier les malades envoyés par les soins de ladite Mutuelle, avant toute intervention.

4w* Prendre en charge tous les malades envoyés par ladite Mutuelle sur présentation de une lettre de garantie, un passeport de santé avec photo une carte d'identification, une attestation de prise en charge.

Un modèle et un specimen de ces documents d'accompagnement devront être au préalable déposés à la Direction Financière et Comptable de l'Hôpital Saint Jean de Dieu.

Article 2 : Prestations de service

Elles concernent certains couloirs de nos services vendus

it la consultation externe it la consultation
d'urgence id les analyses it la radiographie è les
hospitalisations en 3^a et en 2^e catégorie * les
médicaments it les accouchements simples ou
dystociques id les frais d'évacuation vers des
structures de référence

Article 3 : Tarifs préférentiels

L'Hôpital Saint Jean de Dieu consent à la Mutuelle ci-citée une réduction sur les prestations de service fournies à hauteur de 50 %

Ce taux sera révisé tous les deux ans et en baisse décroissante de 5 %. Cependant le plancher de 35 % ne saurait être dépassé.

Article 4 : Envoi des factures

Chaque mois, l'Hôpital Saint Jean de Dieu envoie à la Mutuelle de santé les factures afférentes aux prestations de soins médicaux effectués au compte de leurs membres. Le canal choisi de ces envois sont la poste ou le', dépôt du courrier avec décharge.

Article 5 : Règlement régulier des factures

Tel que mentionné dans les conditions de règlement au bas de chaque facture, le délai de trente (30) jours, à compter de la date de facturation, est requis pour procéder au règlement des différentes factures de la part du Président de la Mutuelle de santé. A défaut le cachet de la poste et la date de signature de la décharge font foi pour le début du délai accordé en vue du paiement régulier des factures.

Deux (2) modes de paiement sont retenus

En numéraire

En chèque.

Article 6: Report de paiement mensuel

Le report d'échéance relatif au paiement des factures fait l'objet d'un accord parties, les difficultés de trésorerie de la Mutuelle de santé ayant été portées à la connaissance de la Direction Comptable et Financière de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, quinze (15) jours auparavant.

Article 7 : Cumul de factures non payées

Le cumul des factures non payées entraîne au bout d'un trimestre la suspension de la présente convention, la Mutuelle de santé ayant pris la décision unilatérale de son non respect.

Article 8 : Résiliation de la Convention

Le défaut de règlement des factures sur une période de six (6) mois d'affilée équivaut à la résiliation de la présente convention, de manière unilatérale de la part de la Mutuelle de santé et sans tenir compte du délai de préavis stipulé dans les dispositions de l'article 10 ci-dessous.

Dans ce cas, la caution est convertible en monnaie de paiement des arriérés de factures. Sinon elle est remboursée en francs CFA.

Article 9 : Date d'effet

La présente convention prend effet dès sa date de signature par les deux parties, **pour une durée d'un** an renouvelable de deux (2) manières

a e par écrit tous les deux (2) ans à l'occasion de la révision du taux de remise accordée.

* * tacite une année sur deux.

L'Hôpital Saint Jean de Dieu ne débutera toutefois ses prestations que suite au versement intégral de la Caution Mutuelle fixée à cinq cents mille francs (500.000 F CFA), à moins que cette garantie ne fasse l'objet d'un autre consentement mutuel sur des clauses précises comme un versement à température, l'arrêté d'un autre montant pour la caution.

Article 10: Terme et Révision de la Convention

Chaque partie signataire peut prendre l'initiative de mettre fin à la présente convention après avoir manifesté son intention par lettre recommandée avec accusé de réception et adressée à l'autre partie, trois (3) mois avant la date effective de la résiliation.

Par ailleurs, chacune des parties contractuelles peut appeler à la table de la révision des clauses de la présente convention en prenant le soin d'en informer l'autre partie, par écrit et au moins un mois à l'avance.

Article 11 : Rencontre d'évaluation

La Direction Générale ainsi que la Direction Financière et Comptable en rapport avec elle, initiera des rencontres d'évaluation pour une meilleure prise en charge des préoccupations des deux parties. La même latitude d'entreprise est laissée à la Présidence de la Mutuelle de santé. La période, la date et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente des deux parties.

Article 12: Procédure du Contentieux

Tout différend entre les deux parties sera réglé à l'amiable. Dans le cas contraire, le Tribunal Régional de Thiès restera le domicile convenu des deux parties.

Fait à Thiès, le..... 200

Pour la Mutuelle de Santé
Le Président

Pour l'Hôpital Saint Jean de
Le Frère Directeur Général Dieu

Ampliations :

- 1 exemple pour la D.G
- 1 exemple pour la D.C.F

- 2 exemples pour la Mutuelle

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2

Guide d'entretien.

Periode :

Organisme : CESAG

1. Nom prénoms de l'interviewée

2. Age

3. Date de naissance

4. Quel est votre état matrimonial actuel?

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. Célibataire | 2. Mariée |
| 3. Divorcée/séparée | 4. veuve |
| 5. autre(préciser). | |

5. Votre conjoint actuel a-t-il une ou plusieurs épouses?

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. Une seule(moi même) | 2. deux |
| 3. trois | 4. quatre ou plus. |

6. Avec combien de personnes partagez-vous le domicile?

7. Quel est votre niveau d'éducation?

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| 1. Illettrée | 2. primaire |
| 3. secondaire | 4. supérieur |
| 5. non déclaré | 6. alphabétisée en langue locale. |

8. Êtes-vous membre ou bénéficiaire de la mutuelle?

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. Membre | 2. Bénéficiaire |
|-----------|-----------------|

9. Depuis combien de temps êtes-vous membre ou bénéficiaire de la mutuelle?

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. Moins d'un an | 2. 1 à 2 ans |
| 3. 3 ans et plus. | |

10. Qui paie votre cotisation à la mutuelle?

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| 1. Moi-même | 2. Mon mari |
| 3. Autre personne(à préciser). | |

11. Quel est le montant de la cotisation mensuelle par membre?

12. Combien de bénéficiaires avez-vous à charge

13. Quelle est votre profession actuelle?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Fonctionnaire | 2. Salariée d'entreprise |
| 3. secteur informel | 4. autre(à préciser). |

14. Combien vous coûte votre transport par mois?

.....
.....

15. Exercez-vous une autre activité?

- | | |
|--------|---------|
| 1. Oui | 2. Non. |
|--------|---------|

16. Si oui, combien vous rapporte cette activité par mois?

.....
.....

17. Avez-vous reçu de l'argent de votre conjoint au cours des trois derniers mois?

- | | |
|--------|---------|
| 1. Oui | 2. Non. |
|--------|---------|

18. Si oui, combien avez-vous reçu de votre conjoint?

.....
.....

19. Avez-vous reçu de l'argent d'une autre personne durant ces trois derniers mois?

- | | |
|--------|---------|
| 1. Oui | 2. Non. |
|--------|---------|

20. Si oui, combien?

.....
.....

21. A combien évaluez-vous par moi votre argent de poche?

.....
.....

22. Êtes-vous chef de ménage?

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
| 3. Autre(à préciser). | |

23. Si oui, combien dépensez-vous par mois pour la nourriture?

.....
.....

24. Comment vous rendez-vous à la structure sanitaire?

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. A pieds | 2. En voiture |
| 3. En calèche | 4. Autre(à préciser) |

25. avez-vous d'autres sources de revenus, soit d'un tranfert de fonds ou d'un investissement?

- | | |
|--------|---------|
| 1. Oui | 2. Non. |
|--------|---------|

26. Si oui, à combien évaluez-vous ce revenu par an?

.....
.....

27. Etes-vous à jour de vos cotisations?

1. Oui 2. Non.

28. Si non, pourquoi?

29. Quelle est selon vous la meilleure période pour récupérer la cotisation des membres?

1. Chaque mois 2. Tous les trois mois
3. Tous les six mois 4. Une fois l'an après les récoltes.

30. Avez-vous déjà eu des enfants?

1. Oui 2. Non
3. Enceinte d'une première grossesse.

31. Si oui, où avez-vous accouché votre dernier enfant?

1. Dans une structure sanitaire 2. A la maison
3. En cours de route 4. Autre(à préciser).

32. La mutuelle prend elle en charge?

1. Les consultations prénatales 2. Les accouchements simples
3. Les accouchements compliqués 4. Autres prestations(à préciser).

33. Durant votre dernière grossesse, avez-vous effectué une ou plusieurs visites prénatales

1. Aucune visite 2. Une seule visite
3. Plusieurs visites.

34. Avez-vous souvent eu recours à la mutuelle pour des cas de maladies en dehors de la grossesse?

1. Oui 2. Non.

35. Si oui, combien de fois avez-vous eu recours à la mutuelle depuis votre adhésion?

36. Les prestations couvertes par la mutuelle sont-elles

1. Suffisantes 2. Insuffisantes

37. Etes vous prête à contribuer davantage pour élargir les prestations de la mutuelle?

1. Oui 2. Non
3. Cela dépend de mon mari.

38. Si oui, de combien par bénéficiaire?

39. Etes-vous satisfaite des services de la mutuelle?

1. Très satisfaite 2. Moyennement satisfaite
3. Pas satisfaite.

40. Pourquoi?

41. Souhaiteriez-vous voir les prestations couvertes par la mutuelle augmenter?

- 1. Oui
- 2. Non

42. Depuis que vous êtes membre de la mutuelle, avez-vous eu un problème de santé que la mutuelle n'a pas pris en charge?

- 1. Oui
- 2. Non.

43. Depuis votre adhésion à la mutuelle, avez-vous constaté une amélioration de votre cadre de vie?

- 1. excellent
- 2. Très bien
- 3. Bien
- 4. Passable
- 5. Insuffisant
- 6. Mauvais.

44. Région

45. Nom de la mutuelle

46. Type de mutuelle

CESAG - BIBLIOTHEQUE