

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES EN ECONOMIE DE LA SANTE

DSES

THEME :

**ETUDE DE FAISABILITE POUR LA MISE EN
PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE AU SEIN
D'UNE STRUCTURE DE MICRO-FINANCE :
cas de l'association NDADJE des femmes de Yeumbeul
Sud**



C E S A G

**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**

Présenté et soutenu par **KABA Madigbe**

Mai 2003

Sous la direction de :

-Dr Chris ATIM, PH.D

Conseiller régional, PHR/Abt.associates Inc.

-Dr Hervé LAFARGE,

Maître de conférence, Université Paris-Dauphine

M0043DSES03

2





DEDICACES

A FEUS

Mon père kaba kabiné et à mon aîné kaba Ibrahim dit kalou.

*Vous demeurerez toujours dans mes pensées pour tout ce que vous avez
fait pour moi..*

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
PO	Période d'Observation
PPG	Plafond des Prestations Garanties
PROFEMU	Programme des Femmes en Milieu Urbain
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RO	Référence Obligatoire
SSP	Soins de Santé Primaires
STEP	Stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TBN	Taux Brut de Mortalité
TFGF	Taux Global de Fécondité Générale
TP	Taux de Pénétration
TPGC	Taux de Pénétration du Groupe Cible
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
WSM	Solidarité Mondiale

LISTES DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX

GRAPHIQUES

Page

Graphique N°1: Raison de changement de structures

Graphique N°2: Répartition des coûts annuels des prestations en fonction de la nature du risque

TABLEAUX

Tableau I: Recherche de soins par le dernier malade

Tableau II: Choix du premier lieu de recours aux soins

Tableau III: Changement de structure par le malade

Tableau IV: Raison de changement de structure

Tableau V: Facteurs explicatifs du choix du premier lieu de recours aux soins

Tableau VI: Croisement des facteurs et du choix des lieux de recours aux soins

Tableau VII: Maladies les plus fréquentes au niveau des ménages

Tableau VIII: Participation à la vie associative

Tableau IX: Nature des associations

Tableau X: Acceptation de l'adhésion des personnes non-membres de l'association

Tableau XI: Décision d'épargne des membres

Tableau XII: Statistiques sur les dépenses mensuelles des ménages des femmes

Tableau XIII: Dépenses mensuelles des ménages des femmes

Tableau XIV: Proportion des chefs de ménage

Tableau XV: Moyens de financement des dépenses de soins

Tableau XVI: Statistiques sur les montants de la cotisation souhaitée

Tableau XVII: Montant de la cotisation souhaitée

Tableau XVIII: Prestations souhaitées par les femmes

Tableau XIX: Taux d'utilisation des prestations souhaitées

Tableau XX: Dépenses de santé des ménages au niveau des structures de soins pour l'année 2001

Tableau XXI: Coût moyen des prestations au niveau du centre de santé de Dominique

Tableau XXII: Calcul de la prime adéquate

Tableau XXIII: Synthèse des scénarii des différents couples cotisation/prestations

Tableau XXIV: Statistique sur la taille des ménages

Tableau XXV: Durée de la période d'observation

SOMMAIRE

<i>Titres</i>	<i>Page</i>
Dédicaces	i
Remerciements	ii
Sigles et abréviations	iii
Liste des graphiques et des tableaux	v
Sommaire	vi
Introduction générale	1
Première partie: Cadre théorique et conceptuel	3
Chapitre I: Contexte et problématique	4
Contexte de l'étude	4
Politique et profil sanitaire	5
Politique de santé	5
Profil sanitaire	6
Système de protection maladie du Sénégal	7
Protection maladie obligatoire	7
Protection maladie volontaire ou non obligatoire	8
Problématique	10
Intérêt de la recherche	12
Chapitre II: Revue de la littérature	13
Etude portant sur la contribution des mutuelles de santé au financement et à l'accès aux soins	13
Etude portant sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé	16
Etude portant sur la viabilité des mutuelles de santé	19
Chapitre III : Méthodologie de la recherche	21
Objectifs de l'étude	21
Questions de recherches	21
Stratégies de recherche	22
Définition de la population cible	23
Collecte des données	24
Analyse des données	24
Deuxième partie: Présentation et discussion des résultats	25
Chapitre I: Offre de soins disponibles et besoins prioritaires face aux risques maladie	27
L'offre de soins	27
Les besoins prioritaires face aux risques maladie	33
Chapitre II: Analyse des différentes dimensions de la faisabilité	35
La faisabilité sociale	35
La dynamique organisationnelle et associative	35
Les facteurs sociaux culturels favorables	37
La faisabilité économique	38
Le potentiel économique des membres	38
La capacité contributive, le financement des soins et les intentions de cotisation	40

<i>Titres(suite)</i>	<i>Page</i>
La faisabilité institutionnelle	43
La capacité institutionnelle de l'association NDADJE	43
Le cadre institutionnel de l'association NDADJE	43
La gestion de l'association et les possibilités de transfert de Compétence	44
La volonté de collaboration des structures sanitaires	45
La faisabilité financière	47
Présentation des prestations souhaitées	47
Présentation des taux d'utilisation et des coûts moyens des prestations souhaitées	48
Calcul de la prime ou cotisation adéquate et présentation des différents scénarii des couples cotisation/prestations	52
Chapitre III: La viabilité Institutionnelle	61
La négociation de convention avec les prestataires	61
Le contrôle et l'évaluation des prestations	62
Le mode de tarification des prestataires	63
Chapitre IV: La viabilité gestionnaire et administrative	64
Le taux de pénétration du groupe cible	64
La compétence gestionnaire	65
Chapitre V: La viabilité financière	69
Le taux de recouvrement des cotisations	69
Le ratio de couverture des dépenses	69
Le ratio des cotisations sur les prestations	69
Le ratio frais de gestion	70
Conclusion	72
Recommandations	75
Liste des annexes	
Bibliographie	

INTRODUCTION

L'histoire du financement de la santé dans les pays africains, après les indépendances, a été jalonnée de deux faits majeurs.

Le premier est l'Etat providence, où l'administration avait mis en place une politique de soins gratuits pour toutes les populations. Cette politique se justifiait à cette époque car les Etats en gestation devaient résorber le déséquilibre d'accès aux soins modernes qui avait été instauré par les colonisateurs (à savoir des soins pour colons et d'autres pour les populations «indigènes»). Mais cette euphorie va vite s'estomper à cause des moyens énormes que nécessitait cette politique. En effet, les Etats commençaient à faire face aux premières difficultés entre autres la sécheresse dans le Sahel, la baisse des recettes d'exportation et les chocs pétroliers. A cela, il faut ajouter l'endettement et la mise en place des plans d'ajustement structurel (PAS) dont la conséquence directe est la réduction des budgets alloués aux secteurs sociaux notamment celui de la santé.

Le second fait va voir le jour à savoir la participation des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé à travers les politiques de soins de santé primaires (SSP) (à partir de 1978) et de recouvrement des coûts avec l'Initiative de Bamako (à partir de 1987).

L'adhésion des pays africains à cette initiative, en particulier ceux de l'Afrique de l'ouest, va se concrétiser à travers les éléments suivants:

-la mise en place des comités de santé (participation des populations à l'effort de santé)

-l'adoption des médicaments essentiels génériques (MEG)

-la généralisation du recouvrement des coûts des soins par la facturation aux usagers, au niveau des soins de santé primaires et des soins hospitaliers.

Cette politique de recouvrement des coûts qui atteint très rapidement 65% des dépenses de santé¹, conjuguée aux effets de la dévaluation en 1994, a eu pour effet de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins. En effet, seules quelques catégories professionnelles (fonctionnaires et salariés du privé) bénéficient d'une protection sociale organisée. Elles ne représentent pas plus de 10% de la population et encore la prise en charge n'est -elle que partielle. Pour la grande majorité de la population, environ 90%, active dans le

¹ EPOS : Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel : Rapport de l'étude de faisabilité technique et financière. Mars 2001

monde rural et le secteur urbain informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé².

Face à cette situation d'inaccessibilité financière aux soins, les populations vont s'organiser avec l'appui de certaines institutions et ONG, pour mettre en place des mutuelles ou micro assurances de santé en vue de prévenir le risque économique lié à la maladie et d'améliorer de facto leur recours aux soins.

Au Sénégal, à l'instar des autres pays africains, cette nouvelle initiative va rencontrer un écho favorable au niveau des populations. Cela s'explique par le fort taux de création de mutuelles qui était de l'ordre de 52,63% dans ce pays entre 1997 et 2000 (courrier de la concertation N°4 de janvier 2001).

Les mutuelles de santé, dans le cadre du Sénégal, ont une typologie multiforme qu'on peut résumer comme suit : les mutuelles au premier franc et les mutuelles complémentaires. Cette typologie multiforme rejaillit sur leur taille et le niveau de participation de leurs membres.

On observe également une variabilité dans les risques couverts. Certaines mutuelles adoptent la couverture de soins ambulatoires alors que d'autres interviennent dans la couverture des soins hospitaliers.

Ainsi, les mutuelles fonctionnent selon leur propre rythme et leur mise en place a pour but d'aider les adhérents dans la prise en charge financière de leurs problèmes de santé.

² Dominique Evrard : mutuelles de santé en Afrique : Mouvement émergent ou phénomène de mode ? Forum de la concertation 2002

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET
CONCEPTUEL

Chapitre I : Contexte et problématique

1-1 Contexte de l'étude

Le Sénégal se situe à l'extrême ouest de l'Afrique. Il a une superficie de 196 722km².

La population totale est estimée en 1999 à 9 278 618 habitants sur la base du dernier recensement général de la population et de l'habitat(RGPH). Malgré la densité moyenne de 47 habitants au km², la répartition de la population sur l'ensemble du territoire est très déséquilibrée. En effet 65% de la population vivent sur une superficie ne représentant que 14% du territoire. C'est une population essentiellement rurale car 57% de celle-ci vit en zone rurale. A l'instar des pays en développement, le Sénégal est un pays à fécondité élevée. Le taux brut de natalité(TBN) est de 42⁰/oo ; le taux global de fécondité générale(TGFG) est de 223⁰/oo. C'est une population à majorité jeune avec 57% de personnes ayant moins de 20 ans(ESIS 99).

La ville de Pikine, au sein de laquelle se trouve la commune d'arrondissement de Yeumbeul Sud, se situe dans la région de Dakar. Elle fait partie des villes les plus peuplées du Sénégal. L'histoire de la ville de Pikine se confond à celle de la restructuration de Dakar. Le lotissement de Dagoudane Pikine est créé par l'arrêté N°2352/SDE du 23 Avril 1952 dans la périphérie de la capitale pour recaser des populations qui ont été déguerpies des quartiers péri centraux de Dakar à savoir Médina, colobane et Grand Dakar.

En prenant cette décision, les autorités de l'époque semblaient repousser dans l'espace la proximité entre quartiers pauvres et riches.

Le manque de vigilance des autorités et la lenteur de l'action des pouvoirs publics ont été à l'origine de la poussée anarchique de quartiers. L'ampleur de l'affluence des populations venues surtout de l'intérieur du pays, combinée à la poussée démographique a pris de court les autorités et a entraîné l'émergence rapide d'un ensemble de quartiers : « Pikine irrégulier ».

La population de Pikine est estimée en 2001 à 2 186 713 habitants dont 52% de femmes sur une superficie totale de 80 km².(Rapport « projet de ville de Pikine »).

La ville de Pikine accueille près de la moitié de la population vivant dans la région de Dakar et son poids démographique s'explique par trois phénomènes majeurs :

- Attrait de nombreux fonctionnaires moyens touchés par la crise et intéressés par l'acquisition d'un logement moins cher ou d'une parcelle à construire ;
- Accueil de l'exode rural
- Taux de natalité encore élevé(46⁰/oo).

Les données statistiques montrent l'extrême jeunesse de sa population dont près de 57,3% serait âgée de moins de 20 ans et 81% a moins de 35 ans.(RGPH88DPS)

11-1 Politique et Profil sanitaires

Cette section vise la description de la politique de santé en vigueur dans le pays et celle du profil sanitaire de la ville de Pikine.

111-1 Politique de santé

C'est la constitution elle-même en son article 17 qui pose l'importance du secteur de la santé dans le processus de développement économique et social du pays.

La politique sanitaire du Sénégal, à l'instar de celle des autres pays africains, s'appuie sur un plan national de développement sanitaire(PNDS). C'est un plan décennal qui couvre la période 98-2007. Ce plan se fixe trois axes prioritaires que sont les reformes institutionnelles, l'amélioration de l'offre de santé et l'accroissement des performances du système de santé.

Les priorités du PNDS sont concrétisées à travers le Programme de Développement Intégré(PDIS) qui couvre une période de 5 ans(98-2002). Le PDIS a été exécuté annuellement par le biais de plans d'opération(PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire. Le suivi et l'évaluation du PDIS ont été réguliers.

Concernant le financement de la santé(surtout pour le secteur public), il faut dire qu'il est encore assuré pour une grande part par l'Etat qui alloue annuellement à ce département au moins 9% du budget national malgré un apport, de plus en plus croissant des ménages et des collectivités locales, qui est fixé à 8% de leurs recettes propres(EPOS 2001).

Le Sénégal a pour objectif d'atteindre les 9% du budget comme contribution de l'Etat au financement du secteur en vue de respecter les recommandations de l'OMS. Aussi, une grande politique de décentralisation y est menée en vue de donner aux structures sanitaires une plus grande autonomie dans la gestion de leurs ressources.

111-2 Profil Sanitaire

La description du profil sanitaire du Sénégal se fait à travers celle de l'organisation du système de santé et de morbidité.

a- L'organisation du système de soins

Le système de soins se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux(ou échelons):

le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau national.

- ❖ **L'échelon périphérique** est constitué par le district sanitaire. Il est lui-même décomposé en trois niveaux. A la base, on a la case de santé qui produit les premiers soins de secours dans les villages. Ensuite, les postes de santé, situés dans les communautés rurales et certains quartiers urbains, assurent les soins de santé primaires. Au sommet de l'échelon périphérique, ce sont les centres de santé qui dispensent des soins d'un niveau plus élevé.
- ❖ **L'échelon intermédiaire** est constitué par La région médicale qui comprend les hôpitaux régionaux. Il assure la coordination du niveau régional et sert de référence pour le niveau périphérique.
- ❖ **Le niveau national** se trouve au sommet de la pyramide. Il correspond aux soins spécialisés et développe la formation et la recherche.

La couverture médicale de la ville de Pikine est assurée par deux districts sanitaires dont les centres de référence sont le centre de Dominique et celui de Mbao. On dénombre 27 postes de santé répartis dans 14 communes d'arrondissement. En outre, il y a 13 maternités, 3 dispensaires, 13 cases de santé, 6 cliniques privées, 12 cabinets privés, 4 infirmeries, 1 hôpital psychiatrique, 21 pharmacies et 15 centres de nutrition communautaire³.

A l'échelle de la ville de Pikine, le ratio poste de santé par habitant est de 28591 contre 11083 à l'échelle nationale(codex de Farba Sall :2001). Les autres ratios pour la ville sont de 1 médecin pour 45 409 habitants, 1 infirmier pour 12 189 habitants et une sage-femme pour 4 710 femmes en âge de procréer alors que les normes de l'OMS(à l'échelle nationale) sont respectivement de 1 médecin pour 5000 à 10000 habitants, 1 infirmier pour 300 habitants et 1 sage femme pour 300 femmes en âge de procréer.

³ Projet de « création de la ville de Pikine » 1999

b- Les indicateurs de morbidité et de mortalité

La morbidité pour l'ensemble du Sénégal est de 38,4⁰/oo, mais en milieu rural elle est plus élevée et atteint les 43,1⁰/oo. Le paludisme, avec environ un tiers des affections, constitue la première cause de morbidité. Ensuite viennent dans l'ordre les maladies de la peau, les maladies diarrhéiques, les maladies respiratoires, les anémies, la grippe...

Quant à la mortalité, les tendances à la baisse ces dernières années ne changeront pas son aspect global. Elle reste toujours élevée. Le taux de mortalité est estimé à 18⁰/oo et l'espérance de vie à 54 ans.(ESIS 99)

11-2 Le système de protection maladie du Sénégal

Le système de protection maladie du Sénégal distingue une protection maladie obligatoire et un système de protection volontaire ou non obligatoire représenté par les assurances privées et les mutuelles de santé.

112-1 La protection maladie obligatoire

Elle est mise en place par les dispositions légales et varie selon le statut des bénéficiaires.

En effet, le décret N° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la **Caisse de Sécurité Sociale** prévoit, pour les travailleurs régis par le code du travail (fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique) et ceux régis par le code de la marine marchande, ainsi que leur famille, une prise en charge partielle de 80% de leurs soins médicaux à l'exclusion des médicaments. La Caisse de Sécurité Sociale couvre deux branches que sont : **les prestations familiales** (allocations prénatales, allocations de maternité et allocations familiales) **et la réparation des risques professionnels** (accidents de travail). Le financement de la caisse est fait par les cotisations des employeurs (l'Etat, les collectivités publiques et les employeurs du secteur privé) dont le plafond mensuel est fixé actuellement à 60 000frs CFA. Les taux de cotisation sont respectivement de 7% du salaire pour ce qui est des prestations familiales et 1% ou 3% ou 5% du salaire pour ce qui est des accidents du travail. La variation des taux de cotisation au niveau des accidents de travail se justifie par la nature des risques du secteur professionnel au sein duquel exerce le travailleur.

Les travailleurs permanents des entreprises privées ainsi que leur famille sont aussi couverts sous le fondement de la loi relative aux **institutions de prévoyance maladie (IPM)** et son décret d'application. Cette protection s'étend aux soins médicaux, aux analyses et aux médicaments à concurrence de 40 à 80% des prestations reçues. Le financement des IPM est

assuré à la fois par les employeurs et les employés à hauteur de 6% du salaire de l'employé répartis équitablement entre les deux parties(à savoir 3% du salaire pour chacune).

Quant aux retraités et leur famille, ils bénéficient d'une couverture médicale contributive dans le cadre de l'**Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal(IPRES)**. L'IPRES assure la couverture des risques en contrepartie du prélèvement régulier d'une cotisation maladie sur les pensions des retraités. Le financement de l'IPRES est assuré par les employeurs et les employés à hauteur de 60%(pour les premiers) et 40%(pour les seconds) du montant de la cotisation. Cette cotisation est fonction du taux d'appel des cotisations qui est depuis avril 1994 de l'ordre de 14% du salaire au régime général et 6% au régime complémentaire des cadres.

Les travailleurs indépendants du secteur informel, les chômeurs et toutes personnes sans ressources financières ne sont affiliés à aucun régime collectif d'assurance maladie car le système obligatoire a été prévu uniquement pour les travailleurs du secteur formel.

Ainsi, d'autres systèmes alternatifs orientés vers le secteur informel se sont-ils mis en place en vue de pallier le déficit de protection sociale.

112-2 La protection maladie volontaire ou non obligatoire

Le système de protection maladie volontaire ou non obligatoire comprend les assurances à but lucratif et celles à but non lucratif.

a-Les assurances maladie à but lucratif

Les assurances maladie à but lucratif sont les assurances privées ou commerciales qui protègent les personnes qui le désirent. Elles sont généralement réservées à une clientèle aisée car la prime est très élevée. Elles permettent aux adhérents de se faire soigner dans les cliniques ou structures sanitaires privées. Ces sociétés acceptent à la fois les adhésions individuelles et de groupe. Aussi, il faut dire qu'à cause de son caractère très sélectif(contrat de groupe avec les entreprises et du montant élevé des primes d'adhésion), peu de personnes ont accès à ce mode de protection. C'est pourquoi, il s'est développé un système d'assurance maladie à but non lucratif que sont les mutuelles de santé.

b-Les mutuelles de santé au Sénégal

Une mutuelle de santé se définit comme étant : <<un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement>>(Atim 1997)⁴

Au Sénégal, l'émergence des mutuelles remonte à 1989 avec la mise en place à Fandène, dans la région de Thiès, de la première mutuelle de santé. Cette mutuelle comme les autres qui suivront dans la même région, a été créée sous l'impulsion de l'église catholique à travers l'hôpital Saint Jean de Dieu. Compte tenu des succès des mutuelles de Thiès, les autres régions vont suivre le mouvement avec l'appui des ONG, des institutions intervenant dans le secteur du financement de la santé tels que le PHR, PROMUSAF, ENDA, GRAFF, L'Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne(ANMC), Solidarité Mondiale(WSM) etc....

L'Etat à son tour va intervenir dans le domaine par la mise en place de la Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé(CAMICS) faisant ainsi du mouvement mutualiste la base de la politique d'élargissement de la protection sociale à l'ensemble de la population sénégalaise. Pour faciliter ainsi le travail des populations et des organismes de développement dans la mise en place des mutuelles de santé, le gouvernement est en train d'élaborer un projet de création d'un cadre institutionnel qui va octroyer aux mutuelles un statut spécial. Ainsi, elles ne seraient plus régies par des dispositions transitoires.

Dans le cadre du Sénégal, nous avons deux formes de mutuelles : **les mutuelles au premier franc et celles dites complémentaires.**

Les mutuelles au premier franc assurent la protection des travailleurs du secteur informel et sont bâties sur les réseaux de solidarité traditionnelle ou professionnelle. Elles sont situées aussi bien en zone rurale qu'urbaine.

Les mutuelles complémentaires, quant à elles, assurent les prestations non couvertes par le système obligatoire.

Tout cela donne un certain dynamisme aux mutuelles de santé du Sénégal.

⁴ Chris Atim : Guide méthodologique sur le terrain pour une étude au profit du PHR 1997

1-2 Problématique

Depuis la mise en place de l'initiative de Bamako(IB), la participation des ménages au financement de leur santé est devenue une réalité incontournable. Cette initiative qui est considérée comme l'approche la plus valable et viable à long terme pour revitaliser les systèmes de santé dépourvus de structures n'est pas sans conséquence majeure sur l'accessibilité financière aux soins des populations.

Ainsi dans la foulée des processus de démocratisation et de privatisation, les populations se mobilisent pour trouver des solutions au double défis de l'amélioration de leur état sanitaire et du financement durable des soins de santé. Les premières mutuelles de santé vont voir le jour grâce à l'aide des ONG et institutions qui interviennent dans le domaine de la santé.

Au Sénégal, les premières mutuelles de santé ont apparu dans la région de Thiès, il y a une dizaine d'années, grâce à l'appui de l'église catholique à travers l'hôpital Saint Jean de Dieu.

Aujourd'hui, elles se développent partout sur l'étendue du territoire pour faire face aux difficultés de financement des soins auxquelles les populations sont confrontées dans le secteur de la santé.

Mais il faut dire que les mutuelles dans le cadre du Sénégal connaissent des fortunes diverses. Selon Fall Aboubacry(DSES 2001), le taux de mortalité des mutuelles de santé au Sénégal de 1987 à 2000 était de 9,3%. Cette mortalité des mutuelles de santé peut être expliquée par plusieurs facteurs :

-Le premier facteur est un effet de mode.

Il faut dire qu'en dehors du besoin de financement des soins, la mutualité s'est présentée comme un effet de mode. Ainsi les promoteurs n'ont pas pris le temps d'analyser le contexte de leur viabilité. Ceci se justifie d'autant plus que l'un des problèmes rencontrés par les mutuelles est la mauvaise estimation de la prime adéquate. Selon une étude de Marina Yo(DSES 2002) plus de 75% des mutuelles fonctionnelles de Thiès ont une prime inférieure à la prime adéquate(qui tient compte à la fois du revenu de la population, des frais de gestion et des coûts des prestations maladies) calculée par Dr Daff(DSES 2000) et qui est de 275frs CFA par mois. Une telle situation ne ferait qu'amener ces mutuelles en faillite si rien n'est fait.

-Le deuxième facteur est lié à la difficulté de recouvrement des cotisations.

En effet, ce problème est dû à l'inadéquation entre le mode de paiement de la prime et la situation socio-économique des adhérents d'une part et entre la période de collecte(généralement à chaque fin du mois) et la période d'entrée des revenus au niveau des adhérents(revenus saisonniers) d'autre part.

-Le troisième facteur est le faible taux de pénétration des mutuelles.

Ce faible taux de pénétration de la population peut s'expliquer par le faible degré de marketing social de la part des dirigeants envers les potentiels adhérents et aussi par le découragement d'une partie des premiers adhérents.

-Le quatrième facteur est lié au manque de qualification gestionnaire des dirigeants des mutuelles.

Cette carence est due au manque de formation des responsables pour gérer les mutuelles de santé.

Pour éviter ces problèmes, les mutuelles comme tout système d'assurance doivent avant leur mise en place reposer sur des études de faisabilité. Ces études de faisabilité ont pour objectif principal, sur la base des données recueillies, de mettre en relief les conditions de faisabilité et de viabilité de ces mutuelles.

C'est dans cette optique que nous avons décidé d'aider une structure de micro finance, «l'Union des Groupements des Femmes de Yeumbeul Sud», à mettre en place une mutuelle de santé dans le cadre de son organisation.

Notre étude se propose de rechercher les conditions de faisabilité d'une mutuelle viable en zone périurbaine de Dakar dans le quartier de Yeumbeul Sud.

Cette étude est d'une utilité certaine pour les intervenants dans le financement de la santé, et notamment celui de la mutualité.

1-3 Intérêt de la recherche

Cette étude présente un intérêt à plusieurs égards.

- **Pour les populations de Pikine**, elle leur fournira une base pour toute autre initiative de mise en place d'une mutuelle de santé, dans un quartier autre que Yeumbeul Sud, leur permettant ainsi de gagner du temps à la fois dans les études de faisabilité et dans la mise en place de leur mutuelle.
- **Pour l'Etat du Sénégal**, en particulier le ministère de la santé à travers la CAMICS, cette étude sera un support pouvant servir de base à une étude de faisabilité à l'échelle de la banlieue Pikinoise ou mieux pour toutes les zones périurbaines de Dakar.
- **Pour les ONG et institutions**, cette étude pourra faciliter leur appui à la mise en place des mutuelles de santé dans la zone Pikinoise et même ailleurs dans le pays pour les populations ayant les mêmes caractéristiques.

Il importe maintenant de parcourir la littérature sur la mutualité pour savoir comment les études de faisabilité ont été abordées par d'autres chercheurs.

Chapitre II : Revue de la littérature

La littérature sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé est très récente par rapport à l'émergence du mouvement mutualiste. Ce n'est que ces dernières années que des tentatives sont menées dans ce sens. Notre revue de la littérature va s'articuler autour de trois aspects de la mutualité:

- **la contribution des mutuelles de santé au financement et à l'accès aux soins**
- **La faisabilité de la mise en place de mutuelles de santé**
- **La viabilité des mutuelles de santé**

2-1 Etude portant sur la contribution des mutuelles de santé au financement et à l'accès aux soins

La littérature relative aux mutuelles de santé et leur contribution au financement et à l'accès aux soins n'a cessé de croître depuis l'émergence de ce mouvement en Afrique Subsaharienne. Cet intérêt s'explique par le fait que ces organisations visent à promouvoir la santé et l'accès aux soins pour les populations pauvres.

L'une des premières études sur le financement communautaire en Afrique est celle réalisée par De Ferranti(1985). C'est une analyse prospective sur le financement de la santé en Afrique. Elle décrit les avantages du pré paiement sur le paiement direct. D'autres auteurs, parmi lesquels Carrin, Kutzin et Coll, interviendront sur le même thème.

Carrin(1987) examine le financement communautaire en Afrique Subsaharienne. Il affirme que le financement de la santé par les ménages peut revêtir les deux formes que sont le paiement direct et le pré-paiement(l'épargne santé et l'assurance maladie). L'étude de Carrin met plus en exergue les avantages de l'assurance maladie comme mode de financement dans le secteur de la santé.

Quant aux deux derniers auteurs, Kutzin et Coll(1992), ils analysent les répercussions des programmes d'assurance maladie sur les systèmes de santé des pays en développement. Ils ont ainsi mesuré l'impact de ceux-ci sur l'efficacité et l'équité du système. Leur étude a démontré que les mutuelles de santé sont des organisations capables de mobiliser des ressources pour les services de santé. Toutefois selon cette étude, le principal inconvénient des organisations mutualistes est qu'elles créent une inéquité d'accès aux services de santé

entre les assurés et les non assurés. De plus ces organisations sont soumises au risque moral et à la sélection adverse.

Cette étude de Kutzin et Coll est utile en ce qu'elle met en exergue les principaux risques auxquels les mutuelles sont confrontées en tant que système d'assurance maladie et auxquels selon ces auteurs, elles ne peuvent faire face que si elles sont bien conçues au départ et bien gérées.

D'autres auteurs comme Chris Atim(Mars 2000) et Johannes Jütting(Décembre 2001), ont écrit sur le même thème.

L'étude de Chris Atim, intitulé : « contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre », est la première qui aborde à la fois l'expérience mutualiste dans les pays anglophones et francophones. Cette étude qui a porté sur 22 mutuelles de santé, dont l'âge minimum est de trois ans, examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre(AOC) sur cinq variables que sont la mobilisation des ressources, l'efficacité, l'équité, l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, la pérennisation et la gouvernance démocratique du secteur de la santé. Selon l'auteur, la contribution de mutuelles de santé au financement ou à la mobilisation des ressources est très limitée(entre 2 et 4% des budgets des structures qui assurent les prestations couvertes) malgré l'existence d'un potentiel considérable. Pour ce qui est de la contribution à l'efficacité et à l'équité, l'auteur affirme que les mutuelles de santé pourraient fournir une meilleure contribution à l'efficacité dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé en encourageant un meilleur usage des services de prévention et de promotion. L'amélioration de l'accès aux soins pour les populations est constatée car les mutuelles permettent aux personnes du secteur informel urbain et rural, qui profitent peu des soins prodigués par l'Etat, d'avoir un meilleur accès aux services de santé. Quant à la contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de la qualité des soins, il faut dire qu'à cause de leur petite taille et de leur jeunesse, les mutuelles ne peuvent pas négocier d'égal à égal avec les prestataires de soins. Ce qui fait qu'elles ont un faible contrôle (ou inexistant) sur la qualité des soins. Pour ce qui est de la contribution à la pérennité et à la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé, il faut dire que la pérennité des soins n'a pas pu être bien étudiée du fait de la jeunesse de ces mutuelles en général. Par contre la gouvernance démocratique peut être affirmée car, selon l'auteur, cela constitue l'un des apports les plus importants des mutuelles au secteur de la santé de leurs pays. Cette étude de Atim est intéressante en ce sens qu'elle a abordé l'ensemble des aspects

liés aux mutuelles de santé même si, selon l'auteur, la sélection des études de cas a pu être biaisée par la faible disponibilité des informations.

L'étude de Jütting, quant à elle, aborde l'impact des mutuelles de santé sur l'accès aux soins dans les pays en développement. Cette étude, qui a porté sur quatre mutuelles de Thiès (à savoir Fandène, Mont Rolland, Sanghé et Ngaye Ngaye), fait une comparaison de l'accessibilité aux soins entre les adhérents et les non adhérents aux mutuelles de santé. L'auteur, dans cette étude, a construit deux modèles. Le premier est un modèle probit qui décrit les déterminants de l'adhésion à une mutuelle de santé et le second quant à lui est un modèle logit qui mesure l'impact de l'adhésion à une mutuelle de santé sur l'accès aux soins de santé. Par rapport à l'adhésion à une mutuelle de santé, deux grandes variables ont été utilisées à savoir les caractéristiques socio-démographiques de l'individu et du ménage (revenu, le niveau d'éducation, la religion l'appartenance à l'ethnie wolof, l'âge et le sexe) et les caractéristiques communautaires de la mutuelle à laquelle va adhérer l'individu. Les résultats de l'étude montrent que l'adhésion est influencée par le revenu, l'appartenance religieuse, l'appartenance à un réseau de solidarité sociale et l'ethnie du ménage. Par contre le sexe, l'âge et le niveau d'éducation n'influencent pas l'adhésion. Aussi l'étude a montré que les habitants de Sanghé et Mont Rolland ont une probabilité d'adhésion aux mutuelles de santé plus faible que ceux de Fandène et Ngaye Ngaye. Par rapport au modèle de la demande des services de santé, l'auteur utilisera quatre variables explicatives que sont l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la fréquence de la maladie. Aussi, il procédera par un test pour savoir si les mutualistes ont plus accès aux soins que les non mutualistes. Les résultats de l'étude ont montré que les adhérents à une mutuelle de santé ont plus facilement accès aux structures de soins et paient moins que les non adhérents. Cette étude est très importante car non seulement elle arrive à prouver l'impact de la mutuelle sur l'accès aux soins pour les populations mais elle repose sur des modèles qui pourraient faire l'objet d'une vérification dans un autre contexte. La ressemblance entre les populations de Pikine et celles de Thiès est qu'elles évoluent chacune dans leur grande majorité dans le secteur informel avec une spécificité économique propre. Pour le premier, c'est l'informel urbain (le commerce, l'artisanat) et le second, c'est l'informel rural avec notamment l'agriculture.

2-2 Etude portant sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé.

Comme nous le disons au début de l'état des connaissances, la littérature sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé est très récente par rapport à l'émergence du mouvement de la mutualité dans nos pays. Mais des tentatives intéressantes sont entreprises depuis un certain temps en vue d'asseoir une bonne base pour les mutuelles naissantes.

C'est ainsi que Zouré Dominique(DSES 2002) a mené une telle étude dans le cadre de son mémoire qui avait pour thème : « Etude de faisabilité de l'assurance maladie sociale au sein des forces armées nationales du Burkina Faso ». Cette étude décrit la volonté de l'auteur de mettre en place une mutuelle de santé au sein du corps auquel il appartient. Elle portait sur un échantillon de 400 personnes(gendarmes et militaires). Selon l'auteur, il existe un réel engouement de la part de la population cible pour ce projet malgré l'expérience malheureuse de la Caisse Epargne Santé(CES) qui est tombée en faillite du fait de la mauvaise gestion. Toujours selon l'auteur, la mise en place d'une mutuelle au sein des forces armées est relativement aisée car les potentiels adhérents sont tous des agents de l'Etat avec des revenus constants. Ainsi, le recouvrement des cotisations se fera facilement par un prélèvement sur les salaires à la source.

Cette étude se révèle intéressante, mais le problème est que l'initiative mutualiste est généralement très difficile dans les communautés qui ont connu l'échec des organisations qui avaient en charge leurs problèmes de santé.

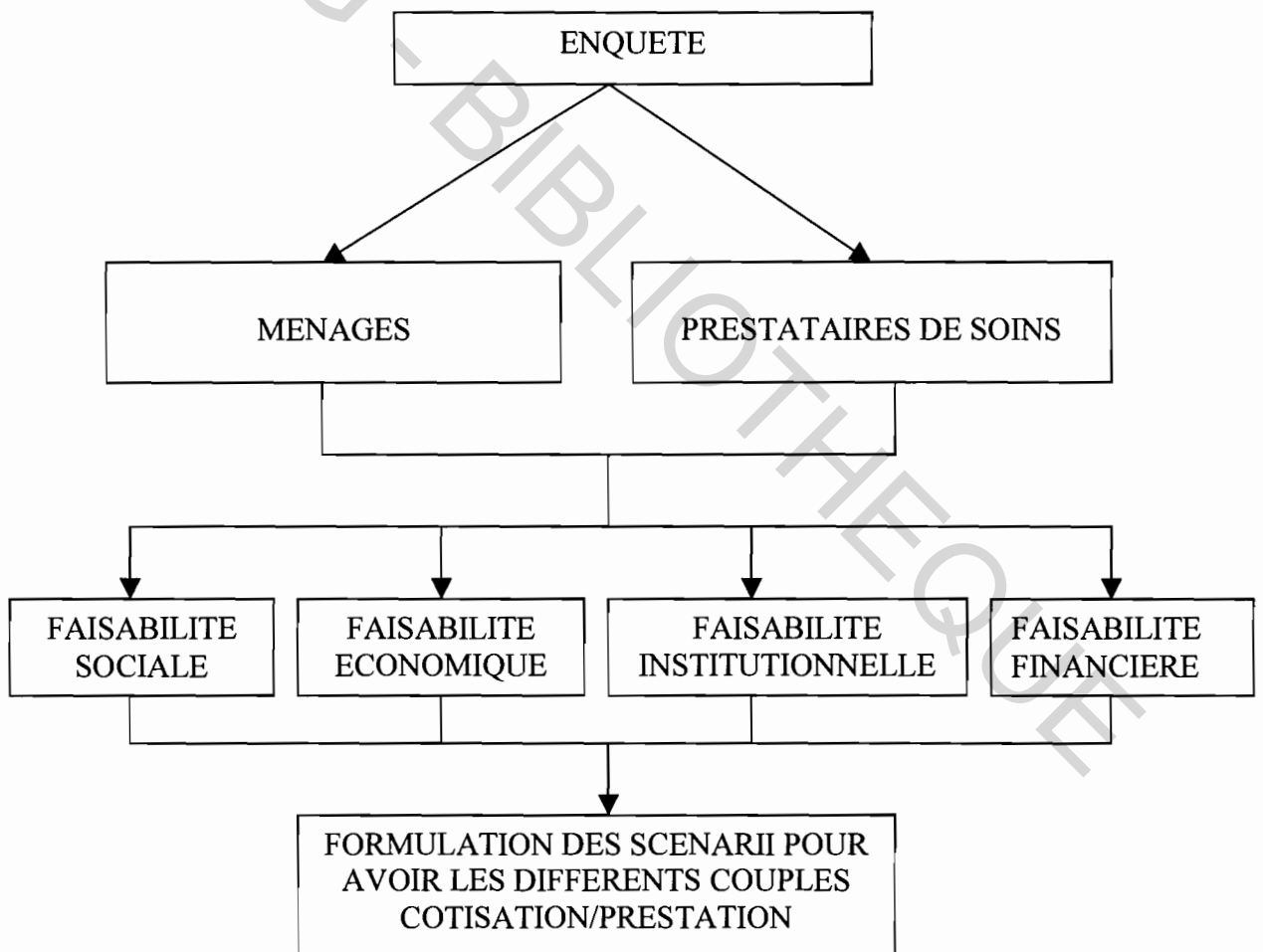
Une autre étude a été menée dans la région de Diourbel par EPOS⁵. Cette étude, commanditée par l'hôpital régional de Diourbel, avait pour objectif de voir si la mise en place des mutuelles de santé pouvait résorber le problème de la faible fréquentation des structures de santé dans la région. Elle a porté sur un échantillon de 810 ménages et comportait deux types d'enquêtes, une quantitative auprès des ménages et l'autre de type qualitatif auprès des cibles collectives telles que les associations de base, les prestataires de soins. Il faut dire que cette région, capitale du mouridisme, est marquée par un passé organisationnel et d'entraide sociale autour du marabout et connaît un fort taux d'émigration. Au regard de l'étude, il ressort que la population de la région fait face à des difficultés financières pour la prise en charge de leurs problèmes de santé et que leurs revenus sont irréguliers.

⁵ Voir la note de bas de page de l'introduction

L'étude a un intérêt en ce sens qu'elle servira de base à toute initiative de mise en place de mutuelles dans la région.

La politique de mise en place des mutuelles de santé est l'un des grands axes des actions menées par le BIT(Bureau International du travail) à travers son programme stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté(STEP).

Ainsi dans le cadre de ses activités, STEP a développé un modèle d'étude de faisabilité appelé étude de faisabilité participative. Cette appellation se justifie par le fait que l'étude est menée de manière concomitante avec la population cible qui souhaite mettre en place une mutuelle de santé. Le modèle de STEP ou mieux sa démarche méthodologique, au-delà de la mise en place du comité d'initiative et de la restitution des résultats préliminaires, se résume comme suit:



Le modèle commence par les enquêtes auprès des ménages et des prestataires. L'enquête ménage va révéler les prestations que les populations aimeraient que la mutuelle couvre, leur

capacité contributive et gestionnaire, la période de collecte des cotisations, l'existence ou non d'un esprit de solidarité ou d'entraide et le taux de morbidité. Celle auprès des prestataires va révéler le taux de morbidité réel, le risque maladie, les pathologies les plus fréquentes, les coûts moyens des prestations et la volonté de coopération entre les prestataires et la future mutuelle. Le modèle, en se basant sur les données de l'enquête, ressort la faisabilité sociale, économique, institutionnelle et financière. La faisabilité sociale montre le potentiel de la dynamique organisationnelle, associative et les facteurs sociaux et culturels favorables au sein de la population. Quant aux faisabilités économique, institutionnelle et financière, la première analyse la capacité et le potentiel économique des futurs membres, la seconde s'intéresse au cadre institutionnel devant accueillir la future mutuelle (à savoir les dispositions pratiques, les personnes ressources, les locaux et la disponibilité d'outils de gestion et de gérants) et enfin la troisième s'intéresse à la capacité contributive des membres et la formulation des différents couples cotisation/prestation. Cette démarche, qui aujourd'hui facilite la tâche à tous ceux qui veulent mettre en place des mutuelles de santé, présente néanmoins deux limites. La première est la non prise en compte de toutes les données possibles pour l'analyse de la faisabilité et la seconde est d'ordre qualitatif car on a pas tous les indicateurs de décision avec précision.

2-3 Etude portant sur la viabilité des mutuelles de santé.

La littérature sur la viabilité des mutuelles de santé nous montre que cette notion a trois dimensions que sont la viabilité gestionnaire et administrative, la viabilité financière et la viabilité institutionnelle.

-La viabilité gestionnaire et administrative est l'ensemble des mesures prises par la mutuelle en vue de minimiser les risques inhérents à son caractère d'assurance maladie. Ces mesures sont relatives aux techniques de gestion des risques (le risque moral, la sélection adverse et la fraude), à la formation, à la fixation des taux de cotisation et à leur recouvrement, à la gestion des fonds, à la tenue des documents comptables ainsi qu'à la détermination du paquet minimum de prestations.

-La viabilité financière, quant à elle, se réfère aux sources de financement notamment les cotisations, les différentes subventions dont la mutuelle est l'objet, les activités génératrices de revenus et aussi les différentes dépenses engagées par la mutuelle dans le cadre de ses activités.

-La viabilité institutionnelle, quant à elle, prend en compte les aspects relatifs à la facturation, à la négociation et à la passation de conventions avec les prestataires, à l'évaluation et au contrôle ainsi qu'à la promotion de la responsabilité et de la participation démocratique. Cette dernière catégorie de la viabilité est importante car elle permet de voir l'implication des adhérents dans la vie de leur institution et les stratégies mises en place pour le fonctionnement de celle-ci. Cette importance a été démontrée par de nombreuses études (Atim 2000, Fall 2001, Gandaho 2001).

Pour notre étude, nous entendons par viabilité, le bon « design » ou la bonne conception pour qu'une mutuelle de santé puisse être pérenne. Nous adhérons à cette définition car dans la réalité, on ne peut parler de viabilité que pour une structure existante et qui fonctionne alors que dans notre cas, c'est une étude de faisabilité. Pour cette étude, nous retiendrons deux dimensions de la viabilité à savoir la viabilité gestionnaire et administrative et la viabilité institutionnelle.

Pour la viabilité gestionnaire et administrative, nous allons voir quelles sont les techniques que la future mutuelle compte utiliser pour se prémunir des risques tels que le risque moral, la sélection adverse et la fraude. Aussi, nous verrons le nombre potentiel des adhérents que nous comparerons avec un standard qui est admis de façon empirique aujourd'hui pour juger de la

viabilité d'une mutuelle de santé à savoir 200 adhérents et 1000 bénéficiaires au minimum (PHR Plus et le Doyen Samba Gueye). Il faut dire que ce standard a été retenu pour des raisons liées au marketing et à la couverture des prestations.

Pour la viabilité institutionnelle, nous verrons quel mode de facturation sera retenu lors de la signature de la convention avec les prestataires et aussi si ce mode est favorable à un contrôle des prestations offertes par les structures sanitaires.

La viabilité financière qui est très importante ne peut être mesurée ici parce que nous faisons une étude de faisabilité; ce qui suppose l'inexistence de données pour juger de la viabilité financière de la future mutuelle.

CFESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre III: Méthodologie de la recherche

3-1 Objectifs de l'étude

31-1 Objectif général

Notre étude vise à rechercher les facteurs favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein du groupement d'épargne et de crédit de l'Association NDADJE des femmes de Yeumbeul Sud.

31-2 Objectifs spécifiques

-Identifier les conditions de la faisabilité sociale, économique, institutionnelle et financière d'une mutuelle de santé au sein de l'association NDADJE.

-Elaborer les différents couples cotisation/prestations en vue du choix du couple efficient pour les femmes de l'association.

-Analyser la viabilité de la future mutuelle sous l'angle du bon design pour une mutuelle de santé.

Après avoir fixé ces objectifs, les questions de recherche suivantes peuvent être posées.

3-2 Questions de recherche

Notre étude cherchera à répondre aux questions suivantes:

- ❖ les adhérentes de la Mutuelle d'épargne et de crédit de l'UGFYS sont-elles confrontées à un problème d'inaccessibilité financière aux soins?
- ❖ le contexte (politique, social, économique, institutionnel, technique et financier) est-il favorable au mouvement mutualiste?
- ❖ les intentions d'adhésion permettent-elles à la loi des grands nombres d'agir?
- ❖ la disposition à payer des adhérents potentiels permet-elle de mobiliser des ressources substantielles?
- ❖ la qualité des soins attire-t-elle la population vers les centres de santé?
- ❖ la sélection adverse est-elle un obstacle au bon mixe des risques?

- ❖ la nature des prestations attendues par les futures adhérentes permet-elle de contrôler le risque moral de l'adhérent?
- ❖ la nature des partenaires et la nature des contrats qui lieront les prestataires à la mutuelle ne vont-elles pas entraîner une recherche de maximisation des actes médicaux ou de diminution de la qualité des soins?
- ❖ quels mécanismes de gestion permettront d'endiguer les risques de fraude?
- ❖ quel ratio prestation/cotisation serait-il adéquat pour les adhérents en tenant compte de leur disponibilité à payer et des problèmes de santé auxquels ils doivent faire face?

3-3 Stratégie de recherche

La recherche envisagée ici est une étude synthétique de cas multiples à deux niveaux d'analyse. Nous utilisons l'étude synthétique comme stratégie de recherche parce que c'est elle qui permet d'une part d'expliquer et de prévoir des comportements ou phénomènes complexes, d'examiner d'autre part l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes⁶. Dans le cadre de notre étude, nous procéderons par une enquête pour chaque niveau d'analyse. Le premier niveau sera une enquête socio-démographique et économique auprès des ménages, futurs adhérents à la mutuelle, et le second niveau par une enquête auprès des prestataires de soins.

L'enquête auprès des ménages cherchera à ressortir les prestations que les populations aimeraient que la mutuelle couvre, leur capacité contributive et gestionnaire. Aussi, elle révélera la période de collecte adéquate des cotisations, l'existence ou non d'un esprit de solidarité et le taux de morbidité au sein de cette population. Egalement, elle devrait identifier les potentialités (capital social, économique...) ainsi que les stratégies et les entraves ou contraintes pour la mise en place d'une mutuelle de santé. Quant à l'enquête auprès des prestataires de soins, elle nous informera sur le taux réel de morbidité au sein de la population, le risque maladie, les pathologies les plus fréquentes, les coûts moyens des prestations et la volonté de coopération entre les prestataires de soins et la future mutuelle.

⁶ A.P Coutandriopoulos, F.Champagne, L. Potvin, J.L Denis, P.Boyle : Savoir préparer une recherche,1990

3-4 Définition de la population cible

La population cible est celle des femmes appartenant à l'UGECFYS. Il faut dire que la taille de la population totale de l'Union est de 610 femmes. Cette population se scinde en deux grands groupes dont le premier est celui des groupements et le second les individuels sans groupement. Les groupements sont composés des femmes qui ont accepté de se mettre ensemble pour avoir un crédit et sont liées par une solidarité de remboursement du passif alors que les individuels sont les personnes qui ont adhéré à la caisse d'épargne de façon indépendante. Vu cet aspect de la solidarité au niveau des groupements et en tenant compte du fait que le succès actuel du GEC est dû en partie au sérieux des groupements et que toute initiative mutualiste repose sur l'idée de solidarité, nous avons décidé de faire notre enquête sur les femmes qui appartiennent à des groupements. Cette stratégie a un double avantage dans le cadre de notre étude. Le premier est qu'en général toute initiative part d'un noyau et ici le noyau idéal n'est rien d'autre que les groupements. Le second est qu'il est plus facile d'enquêter sur les femmes appartenant à des groupements car leur regroupement est relativement plus facile du fait que chaque présidente de groupement peut facilement réunir les femmes de son groupement. Nous avons fixé la taille de notre échantillon à 185 femmes, ce qui représente près de la moitié des femmes appartenant à des groupements ou mieux le tiers de la population totale. Il faut dire que la méthode du BIT/STEP consiste à enquêter sur 10% de la population cible. Nous avons choisi d'appliquer la méthode de sondage accidentelle qui consiste à ne faire l'enquête que sur les femmes présentes au moment où l'enquête doit se dérouler jusqu'à atteindre le nombre requis c'est à dire la moitié de chaque groupement. S'il arrivait que le quota d'un groupement n'était pas atteint, alors on les remplaçait par les femmes en excès des groupements qui devaient être enquêtées le lendemain. Par rapport à l'enquête auprès des ménages, l'unité de sondage est la femme appartenant à l'Union(ménage) et les unités statistiques sont les individus ou personnes composant le ménage. Pour ce qui est de l'enquête auprès des prestataires de soins, les prestataires choisis sont ceux qui sont situés dans le quartier et les environs c'est à dire le district sanitaire de Pikine. Ce choix s'explique par le fait que la future mutuelle ne devra signer de convention qu'uniquement avec les structures qui ne sont pas éloignées des habitations et qui sont fréquentées par les populations.

3-5 Collecte des données

Les données nécessaires pour l'étude ont été collectées au moyen de questionnaires. Les questionnaires ont été administrés selon la méthode de l'entrevue réalisée auprès des personnes cibles. L'avantage de cette méthode est qu'elle assure une meilleure uniformité dans la compréhension des questions et la rédaction des réponses. Le travail de collecte aura été précédé et complété par une recherche documentaire.

3-6 Analyse des données

L'analyse des données se fera à l'aide du logiciel SPSS 11.1 for windows. Ce logiciel a été choisi à cause de sa performance dans le traitement des données et de ses facilités dans l'exportation et l'importation des fichiers. La saisie des réponses du questionnaire se fera avec le logiciel epiinfo 2000 version corrigée de mars 2002. Ce logiciel sera utilisé car il est adapté à la saisie des réponses des enquêtes et l'exportation de ses fichiers vers SPSS est relativement aisée.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATIONS ET
DISCUSSION DES
RESULTATS

L'analyse des résultats se fera au fur et à mesure de leur présentation afin de les rendre plus compréhensibles. Ici, nous adopterons un plan en deux chapitres pour l'analyse.

La première étape consistera à présenter les variables clés ressorties des enquêtes auprès des ménages et des prestataires pour aboutir à la formulation des scénarii de couples cotisation/prestations. Les variables étudiées sont la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière.

La deuxième étape analysera la viabilité de la future mutuelle sous l'angle du bon design à travers la viabilité gestionnaire et administrative et la viabilité institutionnelle.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Première étape: Présentation des variables

Cette première étape de notre analyse, comme nous le disons précédemment, consistera à montrer les variables ressorties des enquêtes auprès des prestataires et des ménages avant de formuler des scénarii. Mais avant, il convient de montrer l'offre de soins disponibles au niveau de la commune d'arrondissement de Yeumbeul Sud et les besoins prioritaires face aux risques maladie. Aussi, essayerons-nous de faire des propositions à la future mutuelle par rapport au choix de ces différentes structures de l'offre de soins.

Chapitre I: Offre de soins disponibles et besoins prioritaires face aux risques maladie

1-1 L'offre de soins

Il faut dire que toute initiative de mise en place d'une mutuelle de santé doit reposer avant tout sur l'existence d'une offre de soins disponibles et capables de répondre aux besoins des populations en matière de soins de santé.

Au niveau du département de Pikine (au sein duquel se trouve la commune de Yeumbeul Sud), l'offre de soins se compose de 02 centres de santé, 27 postes de santé, 13 maternités, 03 dispensaires, 13 cases de santé, 12 cabinets privés, 04 infirmeries, 01 hôpital psychiatrique, 21 pharmacies et 15 centres de nutrition communautaire⁷. A cette composition des structures de soins, il faut ajouter le personnel médical et paramédical qui se répartit comme suit par rapport au district de Dominique (district auquel appartiennent les structures de Yeumbeul Sud)⁸:

-01 médecin chef

⁷ Projet de création de la ville de Pikine, 1999

⁸ Senghane Gningue : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé de l'UGFPE

- 01 chirurgien dentiste
- 36 sages femmes
- 01 assistant social
- 02 aides sociaux
- 12 infirmières/infirmiers
- 66 agents de la municipalité.

Pour la commune d'arrondissement de Yeumbeul Sud, nous avons dénombré 03 postes de santé, et 01 maternité. Nous pensons que pour une mutuelle naissante, cette offre peut constituer une bonne base de démarrage des prestations pour les futurs membres.

La question que nous devons nous poser maintenant est de savoir si ces structures sont fréquentées par les membres de la future mutuelle. L'enquête auprès des ménages nous révèle que sur 185 personnes enquêtées, 146 personnes(soit 78,9%) sont allées à la recherche de soins pour le dernier malade de leur ménage contre seulement 2,7% qui ne l'ont pas fait. Les 18,4% de NR(non-réponse) sont les personnes dont le ménage n'a pas abrité de malades durant les mois écoulés de l'après coupe du monde jusqu'au mois de février 2002. Ces résultats sont consignés dans le tableau ci dessous:

Tableau I: Recherche de soins par le dernier malade

	Frequence	Pourcentage
NON	5	2,7
NC	34	18,4
OUI	146	78,9
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude faisabilité de mise d'une mutuelle de santé de kaba Madigbe)

Après cette interrogation sur la fréquentation des structures de soins, nous nous demandons quelles sont les composantes de cette offre qui font l'objet de grande fréquentation et aussi les facteurs qui l'expliquent. L'enquête menée auprès des ménages nous donne ce tableau:

Tableau II: Choix du premier lieu de recours aux soins

	Fréquence	Pourcentage
CENTRE DE SANTE	45	24,3
CLINIQUE PRIVEE	12	6,5
HOPITAL	28	15,1
NR	37	20,0
POSTE DE SANTE	56	30,3
TRADIPRATICIEN	7	3,8
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

A la lecture de ce tableau, l'enquête nous révèle que les structures les plus fréquentées sont les postes de santé avec une proportion de 30,3% suivis dans l'ordre par les centres de santé(24,3%), les hôpitaux(15,1%). Les cliniques privées et les tradipraticiens ont des taux de fréquentation relativement faibles respectivement 6,5% et 3,8%. D'après ces résultats, nous pouvons dire que la future mutuelle devra privilégier dans la signature de convention avec les prestataires les postes de santé et les centres de santé. Nous laissons l'hôpital car dans la pyramide sanitaire, les hôpitaux se retrouvent plus à Dakar et jouent le rôle de référence recours pour les cas compliqués. En effet, les cas de référence obligatoire ont une proportion très faible(6,5%) pour les malades qui ont changé de structure sur un total de 18,4% des personnes enquêtées ayant effectivement changé de structure. Ces résultats nous sont montrés dans les deux tableaux ci dessous :

Tableau III: Changement de structure par le malade

	Fréquence	Pourcentage
NON	111	60,0
NR	40	21,6
OUI	34	18,4
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

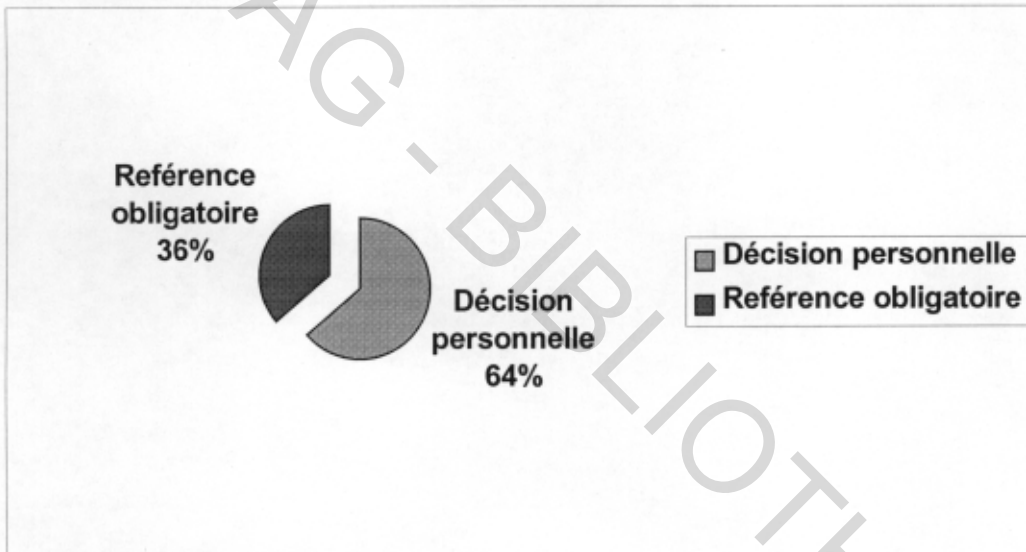
Tableau IV : Les raisons de changement de structure

	Frequence	Pourcentage
DECISION PERSONNELLE	21	11,4
NC	152	82,2
REFERENCE OBLIGATOIRE	13	6,4
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Nous apprécions mieux cette dernière analyse à travers le graphique ci dessous:

Graphique N°1: Les raisons de changement de structure



(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

A l'analyse de ce graphique, nous remarquons que le changement de structure par le malade n'est intervenu en général que sur sa décision personnelle(64 %) soit donc 1,7 fois celui de la référence obligatoire qui est de 36%. Ce fait, très significatif, stipule que les maladies auxquelles sont confrontés les membres de l'association ne dépassent pas dans leur majorité le plateau technique du district sanitaire qui couvre la zone. Et donc, la mutuelle en mettant un bon système de sentinelle par la référence recours obligatoire pourrait réduire énormément les dépenses de santé des futurs membres si nous supposons qu'en général les dépenses de soins au niveau des hôpitaux sont relativement plus élevées que celles des petites structures(toute chose égale par ailleurs)

Pour ce qui est des facteurs explicatifs de la fréquentation des structures de soins, le tableau suivant est édifiant:

Tableau V: Facteurs explicatifs du choix du premier lieu de recours aux soins

	Fréquence	Pourcentage
ACCUEIL	2	1,1
AUTRE	4	2,2
COÛTS ABORDABLES	31	16,8
NR	38	20,5
PROXIMITÉ STRUCT	25	13,5
QUALITÉ SOINS	67	36,2
URGENCE	18	9,7
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Ce tableau nous montre que trois grands facteurs expliquent la fréquentation des structures : la qualité des soins (36,2%), les coûts abordables(16,8%) et la proximité(13,5%). En faisant le croisement premier lieu de recours aux soins avec les facteurs explicatifs de ce choix, nous avons le tableau suivant:

Tableau VI: Croisement des facteurs et du choix des lieux de recours aux soins

		CENTRE DE SANTE	CLINIQUE PRIVEE	HOPITAL	NR	POSTE DE SANTE	TRADIPRATICIEN	Total
ACCUEIL	Effectif	1				1		2
	% dans FACTPREL	50,0%				50,0%		100,0%
	% dans OUIPREL	2,2%				1,8%		1,1%
	% du total	,5%				,5%		1,1%
AUTRE	Effectif	2		1		1		4
	% dans FACTPREL	50,0%		25,0%		25,0%		100,0%
	% dans OUIPREL	4,4%		3,6%		1,8%		2,2%
	% du total	1,1%		,5%		,5%		2,2%
COUTS ABORDABLES	Effectif	14		3		13	1	31
	% dans FACTPREL	45,2%		9,7%		41,9%	3,2%	100,0%
	% dans OUIPREL	31,1%		10,7%		23,2%	14,3%	16,8%
	% du total	7,6%		1,6%		7,0%	,5%	16,8%
NR	Effectif			1	37			38
	% dans FACTPREL			2,6%	97,4%			100,0%
	% dans OUIPREL			3,6%	100,0%			20,5%
	% du total			,5%	20,0%			20,5%
PROXIMITE STRUCT	Effectif	5	2			17	1	25
	% dans FACTPREL	20,0%	8,0%			68,0%	4,0%	100,0%
	% dans OUIPREL	11,1%	16,7%			30,4%	14,3%	13,5%
	% du total	2,7%	1,1%			9,2%	,5%	13,5%
QUALITE SOINS	Effectif	19	9	14		21	4	67
	% dans FACTPREL	28,4%	13,4%	20,9%		31,3%	6,0%	100,0%
	% dans OUIPREL	42,2%	75,0%	50,0%		37,5%	57,1%	36,2%
	% du total	10,3%	4,9%	7,6%		11,4%	2,2%	36,2%
URGENCE	Effectif	4	1	9		3	1	18
	% dans FACTPREL	22,2%	5,6%	50,0%		16,7%	5,6%	100,0%
	% dans OUIPREL	8,9%	8,3%	32,1%		5,4%	14,3%	9,7%
	% du total	2,2%	,5%	4,9%		1,6%	,5%	9,7%
Total	Effectif	45	12	28	37	56	7	185
	% dans FACTPREL	24,3%	6,5%	15,1%	20,0%	30,3%	3,8%	100,0%
	% dans OUIPREL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	24,3%	6,5%	15,1%	20,0%	30,3%	3,8%	100,0%

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

L'analyse de ce tableau nous montre que la fréquentation des postes de santé s'explique en grande partie par sa proximité des populations(68%) contre 41,9% pour ses coûts abordables et 31,3% pour la qualité des soins(telle que perçue par les populations). Pour les centres de santé, leur fréquentation est expliquée en grande partie pour ses coûts abordables(45,2%) contre 28,4% pour la qualité des soins et 20% pour la proximité de la structure.

Ainsi, le croisement des facteurs explicatifs du choix des structures et la nature des structures de premier recours confirment notre première analyse qui propose à la future mutuelle de privilégier les postes de santé et les centres de santé dans la signature de convention avec les prestataires.

Après l'analyse sur l'offre de soins, nous nous intéressons maintenant à l'identification des besoins prioritaires face aux risques maladie.

1-2 Les besoins prioritaires face aux risques maladie

La situation épidémiologique du district sanitaire de Dominique qui couvre la commune de Yeumbeul Sud est à l'image de celle du pays à quelques variantes près du fait de son statut de banlieue et de sa forte démographie. La principale maladie qui y sévit est le paludisme avec 40% des consultants au niveau du district suivi des affections de la peau(7%) et des diarrhées(6%)⁹. Nous avons retrouvé pratiquement les mêmes résultats lors de l'enquête auprès des ménages comme nous l'indique le tableau VII¹⁰

A la lecture de ce tableau, nous constatons que le paludisme est la première cause de morbidité pour les personnes enquêtées avec 30,3% de fréquence de survenue chez ces dernières. Ce chiffre est suivi de ceux des maux de tête(6,6%) et de la grippe(3,8%). Après ces cas, viennent les combinaisons des maladies préalablement citées à savoir le paludisme et la grippe avec 8,1% et le paludisme et l'asthme avec 4,3%.

Il faut dire que ces pathologies s'expliquent par le manque d'hygiène au niveau des habitations qui favorise la prolifération des moustiques pour le paludisme et la présence de poussière pour les maladies respiratoires dont la contagion se fait généralement par voie aérienne.

⁹Senghane Gningue : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé de l'UGFPE

¹⁰ Voir annexe N°1

Après la présentation de l'offre de soins et des besoins prioritaires face aux risques maladie, nous allons nous intéresser maintenant à l'identification des différentes dimensions de la faisabilité à savoir la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière avant de formuler les différents scénarii des couples cotisation/prestations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre II: Analyse des différentes

dimensions de la faisabilité

2-1 La faisabilité sociale

La faisabilité sociale doit ressortir le potentiel de la dynamique organisationnelle, associative et les facteurs sociaux culturels favorables au sein de la population.

21-1 la dynamique organisationnelle et associative

La commune d'arrondissement de Yeumbeul Sud regroupe plus d'une centaine d'associations dont les plus connues COCADY, ANBEP, NDADJE¹¹..... Dans le cas de l'association NDADJE, l'engouement pour la vie associative témoigne de la volonté des membres de vouloir sortir de l'état de pauvreté par le biais de la solidarité. C'est ainsi que la naissance de ladite association s'est faite par des regroupements de femmes autour des activités génératrices de revenus. Ces regroupements permettent aux femmes d'avoir un accès plus facile au crédit et elles étaient solidairement responsables du passif. Cette notion de solidarité a été le socle de la création de l'association NDADJE. Pour illustrer ces propos le tableau suivant nous révèle le degré de l'esprit d'association des membres de l'association :

Tableau VIII: Participation à la vie associative

	Fréquence	Pourcentage
OUI	1	,5
NON	10	5,4
NR	1	,5
OUI	173	93,5
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

A l'analyse de ce tableau, nous remarquons que sur 185 personnes enquêtées 173 environ 93,5% des enquêtées ont répondu Oui à la question: Est-ce que les membres de votre ménage

¹¹ kaba Madigbe : Dossier de candidature de l'association NDADJE pour le concours du grand prix du Chef de l'Etat Sénégalais pour la promotion de la femme édition 2003

participent à la vie associative de votre quartier? Pour mieux comprendre la dynamique organisationnelle de cette population, regardons le tableau ci-dessous pour connaître la nature de leurs associations :

Tableau IX: Nature des associations)

	Fréquence	Pourcentage
1+2	3	1,6
1+2+3	6	3,2
1+3	7	3,8
2+3	90	48,6
ASC	4	2,2
AUTRES	2	1,1
DAHIRA	15	8,1
MBOOTAY	49	26,5
NR	9	4,9
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

(1=ASC ; 2=DAHIRA ; 3=MBOOTAY)

Ce tableau révèle que 48,6% des personnes enquêtées militent au sein de deux associations, les DAHIRA(ou association religieuse) et les MBOOTAY(ou tontine de quartier). 26,5% des enquêtées appartiennent uniquement aux MBOOTAY contre 8,1% pour les DAHIRA. Ces chiffres montrent que cette population a une volonté associative plus grande quand il s'agit de se regrouper pour venir en aide à l'un de ses membres. C'est ce qui explique la forte proportion de personnes appartenant uniquement aux MBOOTAY.

21-2 les facteurs sociaux culturels favorables

Les facteurs sociaux culturels favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé est le fort degré de cohésion qui existe entre les membres de l'association. En effet, les uns et les autres se connaissent du fait de la cohabitation dans la même maison « les cours communes » ou dans le même quartier mais aussi et surtout à cause des liens de parenté qui les unissent. Il faut dire en fait que Yeumbeul est l'un des villages traditionnels Lebou, l'ethnie autochtone de la région de Dakar. L'autre aspect(et non des moindres) est l'appartenance à la même religion, l'islam, qui est pratiqué par presque la quasi-totalité de la population. Ce second élément est très important car il a permis l'intégration des autres communautés dans la vie organisationnelle des autochtones. Tous ces facteurs expliquent la tradition de solidarité qui caractérise cette population et donc de surcroît les membres de l'association NDADJE.

Cette notion de solidarité est plus révélatrice avec les résultats de l'enquête que nous avons menée au niveau des membres de l'association NDADJE comme l'indique le tableau ci dessous :

Tableau X: Acceptation de l'adhésion des personnes non-membres de l'association

	Fréquence	Pourcentage
NON	7	3,8
NR	1	,5
OUI	177	95,7
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

L'examen de ce tableau nous indique que 95,7% des personnes enquêtées accepteraient l'adhésion de personnes non-membres de leur association contre seulement 3,8% de personnes qui s'y opposent. Cette volonté des femmes témoigne encore une fois de plus leur esprit de solidarité car la future mutuelle qui relève de leur initiative ne se limitera pas uniquement aux membres et à leur famille mais s'étendra à l'ensemble de la population de Yeumbeul Sud qui voudrait bien y participer.

Compte tenu des résultats de notre enquête, nous pouvons dire qu'il existe bien des potentialités pour la mise en place d'une mutuelle de santé au regard de la faisabilité sociale. Nous allons maintenant voir si les conditions économiques des membres de l'association NDADJE peuvent leur permettre de mettre sur pied ladite mutuelle.

2-2 La faisabilité économique

L'étude de la faisabilité économique a pour but de faire ressortir le potentiel économique des membres, leur capacité contributive, de financement des soins et leurs différentes intentions de cotisation.

22-1 Le potentiel économique des membres

L'association NDADJE est un groupement d'épargne et de crédit de femmes. Pour lutter contre la pauvreté, elles se sont mises ensemble en vue d'avoir un accès plus facile au crédit en dehors des circuits classiques dont les conditions sont pratiquement impossibles à réunir pour elles. Ainsi, elles ont développé des activités génératrices de revenus avec les emprunts qu'elles obtenaient auprès de leur association. Après quelques années (Fin 1999 à fin 2002) de fonctionnement, les chiffres présentés par les gestionnaires lors de la première assemblée générale sont édifiants. En effet, les femmes ont eu au cours de cet exercice à épargner un montant de 57 615 391 frs CFA¹² au niveau de la caisse du GECFYS (groupement d'épargne et de crédit des femmes de Yeumbeul Sud). Ce montant de l'épargne des femmes nous montre le degré de la capacité financière des femmes dans leur ensemble. En effet, il faut dire que cette épargne représente en fait celle de 40,5% des membres de la maison comme le montre le tableau suivant :

Tableau XI: Décision d'épargne des membres

	Fréquence	Pourcentage
NON	110	59,5
OUI	75	40,5
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

A l'analyse de ce tableau, on pourrait facilement conclure que la majorité des femmes (59,5%) n'épargnent pas. Ce raisonnement peut s'avérer faux car pour l'enquête, les femmes n'ont pris en compte uniquement que le solde des comptes d'épargne et non des différentes opérations effectuées. Ceci s'avère d'autant plus vrai que dans le système d'octroi de crédit aux femmes, un compte d'épargne obligatoire appelé « épargne bloquée » est ouvert au nom de chaque femme ayant bénéficié d'un crédit. Et comme la grande majorité des femmes a bénéficié d'un

crédit nous pouvons affirmer que la proportion des épargnantes est très élevée et dépassant même le taux ressorti de notre enquête.

Pour mieux évaluer le potentiel économique des femmes, nous avons estimé les dépenses des ménages auxquels elles appartiennent. Cette estimation qui a été faite lors de notre enquête, nous a donné les résultats suivants :

Tableau XII: Statistiques sur les dépenses mensuelles des ménages des femmes

DEPMENS	
observations	185
Moyenne	98195,81
Médiane	95300,00
Ecart-type	43697,670

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Ainsi, la moyenne des dépenses des ménages des femmes est estimée à 98 195,81 frs CFA par mois. Ces résultats sont justifiés dans la mesure où 87,6%¹³ des femmes affirment qu'elles participent à ces dépenses. Cet état de fait est justifié car 34,1%¹⁴ des enquêtées ont pu affirmer être le chef de leur ménage. En effet, il faut dire qu'il est difficile pour des femmes mariées à affirmer que ce sont elles qui assument la plupart des dépenses de leur ménage. Ce fait relève du poids culturel qui fait qu'elles sont obligées de divulguer certaines vérités pour ne pas que leur homme soit pris pour un incapable.

¹² Rapport général sur les activités de la maison de l'association NDADJE : Février 2003

¹³ Voir annexe N°2

¹⁴ voir le tableau XIV

22-2 La capacité contributive, le financement des soins et les intentions de cotisation

Toute organisation mutualiste repose sur le paiement continu des cotisations faute de quoi sa pérennisation risque d'être fortement mise en cause. Ainsi donc, la capacité contributive des futures adhérentes est un volet très important pour la mutuelle naissante. Le fait cité ci haut où les femmes affirment participer aux dépenses du ménage est un signe très important pour la mise en place de la mutuelles de santé. En effet, 87,6% des femmes enquêtées ont affirmé participer aux dépenses des ménages. Ce chiffre qui nous donne une information sur la contribution des femmes nous laisse sur notre faim. La non connaissance de la part effective des femmes enquêtées dans les dépenses du ménage peut même laisser croire qu'elles n'assurent qu'une infime partie de celles-ci. Mais le tableau ci dessous qui nous informe sur le chef du ménage est très instructif.

Tableau XIV: Proportion des femmes chefs de ménage

	Frequence	Pourcentage
NON	122	65,9
OUI	63	34,1
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Le tableau nous montre que 34,1% des femmes enquêtées jouent le rôle de chef du ménage dans leur foyer. Ce qui suppose que la quasi-totalité des dépenses du ménage pèse sur leurs épaules et font d'elles des décideurs clé de leur foyer. Les 65,9% qui ne sont pas les chefs de leur ménage contribuent de façon significative aux dépenses de leur ménage. Cette situation, nous apporte une information supplémentaire dans la mise en place de la future mutuelle de santé : c'est la prise en compte des hommes dans le processus de mise en place. En effet, si nous supposons que les 65,9% des chefs de ménage sont des hommes, leur association sur l'initiative de la mise en place d'une mutuelle serait un atout majeur qui ne ferait que renforcer la capacité contributive des femmes. Cette association pourrait se faire à travers un marketing social à l'endroit des hommes pour leur faire comprendre les avantages de la mutualité et de leur soutien à cette initiative de leurs femmes car le problème de la santé est et doit être l'affaire de tout le monde.

Les formes de financement des soins par les femmes nous permettent aussi d'apprécier leur capacité contributive. Mais nous pensons qu'avant de regarder cet aspect, il est impératif que nous sachions d'abord si les femmes de l'association rencontrent des difficultés dans le financement des soins de santé des membres de leur ménage. Les résultats de notre enquête nous montrent que 76,2% des femmes interrogées ont affirmé avoir des difficultés dans la prise en charge des dépenses de soins de leur ménage contre 23,8% qui ont répondu Non.

Ce dernier taux pourrait faire penser qu'une grande partie d'entre elles ne serait pas intéressée par la mise en place de la mutuelle de santé. Cette vision ne serait pas fausse si nous n'avions pas la proportion au niveau des intentions pour la création de la mutuelle. La proportion de OUI est selon notre enquête de 98,9% pour les femmes interrogées. Cette analyse peut être renforcée avec le tableau sur la nature des moyens de financement des soins de santé.

Tableau XV: Moyens de financement des dépenses de soins.

	Frequence	Pourcentage
REVENU MENAGE	2	1,1
1+4	3	1,6
1+4+5+6	1	,5
1+5	1	,5
4+6	2	1,1
AIDE VOISIN	3	1,6
EMPRUNT ARGENT	17	9,2
ETAT	9	4,9
IPM	6	3,2
REVENU MENAGE	97	52,4
SOLIDARITE FAM	44	23,8
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Au vu de ces résultats, nous constatons que les revenus du ménage avec 53,5% constituent le premier moyen de financement des soins de santé pour les femmes suivis par la solidarité(familiale ou du voisinage) avec 25,4% et l'emprunt d'argent avec 9,2%. Les femmes qui bénéficient d'une couverture médicale(Etat et IPM)représentent 8,1% des personnes interrogées. Le fort taux des revenus du ménage est une raison justifiée pour que les femmes initient une couverture médicale car les revenus de ces femmes sont très fluctuants du fait de la nature du secteur économique dans lequel elles évoluent à savoir le secteur informel. Les autres proportions telles que celles de la solidarité et de l'emprunt ne font que renforcer cet état périlite du financement des soins et donc la nécessité de la mise en

place d'un système plus adapté aux besoins des membres et qui reposera sur une participation financière de chaque bénéficiaire de ce système. Par rapport aux différents montants de cotisation, les femmes interrogées ont proposé en moyenne 204,32frs(environ 205frsCFA) ¹⁵ par mois et par bénéficiaire.

Mais il faut dire que cette moyenne cache des disparités souvent très grandes. Les résultats de notre enquête révèlent ceci :

Tableau XVII: Montant de la cotisation souhaitée

	Frequence	Pourcentage
50	2	1,1
100	58	31,4
150	4	2,2
200	90	48,6
250	10	5,4
300	6	3,2
500	12	6,5
1000	3	1,6
Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Nous remarquons que 48,6% des femmes aimeraient que le montant de la cotisation soit de 200frs CFA alors que 31,4% préféreraient une cotisation de moitié c'est à dire 100frs CFA. Ces fortes proportions discordantes nous montrent que les femmes aimeraient une mutuelle dont le montant de la cotisation ne serait pas un goulot pour les familles et cela suppose aussi le choix judicieux des prestations à couvrir pour éviter des montants élevés de cotisation. Mais nous pensons que l'effet de réalisme aidant, les femmes seront obligées de s'aligner sur les montants qui seront proposés dans la faisabilité avec les couples cotisation/prestations et aussi des tarifs appliqués par les mutuelles existantes dans la zone.

Après avoir vu les potentialités économiques des membres pour la mise en place de la mutuelle de santé, nous allons maintenant traiter la faisabilité institutionnelle de celle-ci.

¹⁵ Voir annexe N°3

2-3 La faisabilité institutionnelle

L'étude de la faisabilité institutionnelle de la future mutuelle s'articulera autour de la capacité institutionnelle de l'association NDADJE et de la volonté de collaboration des structures sanitaires de la zone.

23-1 La capacité institutionnelle de l'association

NDADJE

La capacité institutionnelle de la structure NDADJE visera à présenter le cadre institutionnel devant accueillir la mutuelle à savoir les locaux, les personnes ressources, les dispositions pratiques à prendre, la possibilité de transfert de compétences et la gestion des gérantes de l'association.

231-1 Le cadre institutionnel de l'association NDADJE

L'association NDADJE est un regroupement de femmes qui a été créée le 19 mars 1999. C'est une association dont l'activité principale est la micro finance à travers le GECFYS. Le GECFYS se charge de la caisse d'épargne et de crédits des membres de l'association. L'association a bénéficié d'un local qui abrite ses activités grâce à un financement de la coopération allemande. A sa création elle ne comptait que 325 membres mais aujourd'hui l'effectif de ses membres est de 610¹⁶. L'organisation au niveau de l'association se présente comme ceci : 1 présidente qui supervise toutes les activités et des gérantes pour chaque activité¹⁷. L'association a commencé à fonctionner au départ avec uniquement des femmes qui sont membres d'un groupement, pour leur accorder des crédits. Ce n'est que plus tard que les femmes ont intégré l'association de façon individuelle. Au niveau de la maison la quasi-totalité des travailleuses sont salariées ou payées en fonction des recettes réalisées. On a au total 07 salariées et 18 femmes payées en fonction des recettes. Cette présentation sommaire de l'association nous montre que le cadre institutionnel devant abriter la mutuelle a l'habitude de l'organisation et de la hiérarchisation des responsabilités. La question que l'on pourrait se poser est de savoir quel serait l'impact de cette forme de bureaucratie sur la gestion de la mutuelle. Il faut dire que cette tradition de salariat chez les femmes est une bonne chose du fait du degré de responsabilité qu'elle donne aux femmes. Mais elle a aussi un côté pervers

¹⁶ Voir Annexe N°4

¹⁷ Voir Annexe N°5

par rapport à la mutuelle. En effet, ce qui caractérise les mutuelles de santé en matière de gestion, c'est le bénévolat. Dans un tel contexte, la mise en place de la mutuelle exigera de la part des anciennes gérantes une charge de travail plus grande et donc nécessitera le versement d'intéressement à ces dernières. Il faudrait une prise de décision pour fixer le délai du bénévolat, délai à partir duquel la caisse de la mutuelle versera des primes aux gérantes.

La maison qui abrite les activités de l'association abritera le siège de cette mutuelle, ce qui permettra une gestion plus facile de la part des futures gérantes.

231-2 La gestion de l'association et les possibilités de transferts de compétences

L'association NDADJE bénéficie d'une expérience de gestion qui pourrait être profitable à la future mutuelle. En effet, les résultats présentés par les gérantes lors de la première assemblée générale de l'association étaient édifiants. Les femmes ont eu à épargner au niveau de la caisse du GECFYS 57 615 391frs CFA et ont bénéficié d'un montant total de crédit de 32 429 231frs CFA. Mais là où le mérite des femmes est à saluer c'est au niveau du taux de remboursement. En effet sur le montant du crédit accordé, les femmes ont remboursé 26 485 000frs CFA soit donc un taux de remboursement de 81,67%. Il faut dire qu'au-delà du respect des engagements des femmes vis à vis de leur caisse, c'est le système gestionnaire de l'association qui est de bonne qualité. Ce système gestionnaire, pour se prémunir des risques liés au crédit, fait obligation à toute femme qui veut contracter un crédit de déposer une caution, de subir une enquête dont l'objectif est de connaître l'activité économique réelle de cette dernière et des effets importants qui pourraient faire l'objet de saisie en cas de non-paiement, et enfin l'ouverture obligatoire d'un compte «épargne bloquée» qui vise à minimiser le risque lié au non-paiement. Cette bonne gestion qui a établi une grande confiance entre les membres et les gérantes du GECFYS est l'un des aspects les plus positifs dont pourra bénéficier la future mutuelle. Comme nous le savons tout système surtout celui de l'assurance repose en grande partie sur la confiance entre les gestionnaires et les adhérents à cette assurance. Nous pensons que le transfert de la compétence des gérantes du GECFYS vers la mutuelle renforcera facilement la crédibilité vis à vis de la mutuelle et encouragera les personnes non membres de l'association à venir y adhérer.

Après cette présentation de la capacité sociale, nous terminerons l'étude de la faisabilité institutionnelle par la volonté de collaboration des structures sanitaires.

23-2 La volonté de collaboration des structures

sanitaires

Lors des interviews que nous avons eues avec les responsables des structures sanitaires, le constat général que nous pouvons faire est que tous ces derniers sont prêts à apporter leur appui à la future mutuelle de santé de l'association NDADJE. Cette volonté de collaboration de ces responsables est un point très positif car la mise en place d'une mutuelle de santé ne peut se faire que dans un environnement où les structures de soins sont en parfaite adéquation avec les initiatives des populations dans la prise en charge financière de leurs problèmes de santé. Il faut dire que cette initiative des femmes ne vient qu'en complément des efforts déployés par les Etats et les partenaires au développement dans l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins.

On peut même affirmer que cette volonté manifeste des autorités sanitaires du district est devenue pratiquement une tradition à leur niveau. En effet, le district a déjà signé des conventions avec certaines mutuelles, des IPM, des ONG et des entreprises privées. Cette expérience leur a permis d'élaborer des formes de rémunération de leurs services. Mais le constat général est que la facturation(ou paiement) à l'acte est la méthode la plus répandue avec des facilités de paiement pour les structures bien organisées. Ainsi, par rapport à la mutuelle de l'association NDADJE, l'autorité sanitaire a proposé le paiement de caution renouvelable d'un montant de 200 000frs CFA pour le centre de santé et 100 000frs CFA pour les postes de santé avec lesquels la mutuelle voudra signer une convention. En fait la forme de financement des soins proposée par les responsables de Dominique est le pré paiement par l'ouverture par la mutuelle d'un compte santé au niveau de la caisse de la structure. Ainsi, Les membres de la mutuelle recevront les soins et les frais seront déduits du compte jusqu'à son épuisement. Aussi, obligation est faite à la mutuelle de renouveler cette caution si elle veut que ses membres continuent de se faire soigner dans cette structure. La difficulté d'un tel système réside dans le fait qu'il peut y avoir une sur-prescription des actes qui pourrait favoriser l'épuisement rapide du compte. Aussi, faut-il souligner que l'une des difficultés sera l'adéquation entre la période de collecte des cotisations généralement les fins de mois et le renouvellement de cette caution. Le centre de Dominique, dans sa volonté de collaboration, a même décidé de faire des réductions pour la mutuelle sur les prix des médicaments qu'il aura à vendre aux membres de la mutuelle et qu'il serait même prêt à analyser des prix forfaitaires pour les autres prestations. L'autre aspect et non des moindres est que le chef du district a dit qu'il serait disposé à adapter la nature des moyens de paiement pour la mutuelle à savoir le

paiement en nature lors d'occasion spécifique. En effet, nous pensons que cette proposition faite par les responsables du district de Dominique est un acte hautement symbolique dans la mesure où le refus des autres moyens de paiement pour ne laisser la place qu'à l'unique forme financière est une des causes qui expliquent souvent les difficultés pour les membres des mutuelles à pouvoir faire face à leur cotisation¹⁸. Cette proposition du centre pourrait même amener les futures gérantes de la mutuelle à adapter le mode de cotisation des membres en fonction des biens dont ils disposent par rapport à une période bien définie. Il faut dire que tout moyen de paiement différent de la monnaie devrait avoir la qualité de convertibilité facile en liquidité pour éviter qu'il puisse avoir des problèmes entre les responsables de la structure et les mutualistes. Pour cela, nous pensons que les formes de paiement en nature des cotisations devraient être des denrées alimentaires non périssables (le riz, le maïs, ou le mil) dont la valeur sera estimée en fonction de la période car les prix des denrées alimentaires sont fonction de l'offre et de la demande de ces dernières sur les marchés.

L'autre constat que nous avons fait pendant nos entrevues avec les structures de soins, notamment les postes de santé, les responsables de ces dernières structures n'ont pas eu les mêmes positions que celle du district dont ils dépendent. Appliquant pratiquement tous le paiement à l'acte, ils aimeraient que la mutuelle paie au jour le jour les prestations que leurs membres ont reçues. Une telle situation montre le degré de doutes de la part de ces responsables vis à vis des femmes. Mais, nous pensons que cette attitude est due au fait que l'initiative mutualiste est récente dans la zone et donc il faudrait que les futures responsables de la mutuelle fassent beaucoup de marketing à l'endroit des structures et aussi essaient d'amener le chef du district à avoir une réunion avec les responsables des postes de la zone pour qu'ils adoptent une attitude commune. Ceci faciliterait la tâche aux gestionnaires des mutuelles naissantes de la zone.

Ainsi, au-delà de petites divergences de vue qui peuvent être résolues par de bonnes négociations, nous pouvons dire que la faisabilité institutionnelle est bien réelle.

¹⁸ Marina Yo, DSES 2002

2-4 La faisabilité financière

L'étude de la faisabilité financière a pour objectif de déterminer la cotisation adéquate en fonction des prestations que la future mutuelle pourrait couvrir. Elle est d'une importance capitale, car de la détermination de cette cotisation, dépendra la viabilité financière de la mutuelle. En effet, une prime mal calculée qui ne prend pas en compte la disposition des gens à payer et les coûts réels des prestations à couvrir, aura comme conséquence la difficulté de recouvrement des cotisations ou même si ces dernières étaient à jour, la mutuelle serait obligée de faire face à des déficits. Si aucune mesure n'est prise pour réparer cette situation, c'est le risque de non-respect de ses engagements que la mutuelle court avec comme conséquence le refus des structures de soigner les malades membres de la mutuelle.

La faisabilité financière s'articulera autour de trois points que sont la présentation des prestations souhaitées, celle des taux d'utilisation et des coûts moyens de ces dernières et enfin le calcul de la cotisation adéquate suivi des propositions des scénarii des couples cotisation/prestation.

24-1 Présentation des prestations souhaitées

Lors de notre enquête ménage, les femmes interrogées se sont prononcées sur les prestations qu'elles jugent prioritaires et qu'elles aimeraient que la future mutuelle couvre. Le tableau XVI¹⁹ nous donne une idée des prestations souhaitées par les femmes.

L'examen de ce tableau nous montre que les prestations les plus demandées sont la consultation(1), les hospitalisations(2), les médicaments(4), l'accouchement(5), la vaccination(7) et les analyses(8). Ces prestations représentent 18,4% des réponses. Ce choix est suivi dans l'ordre de grandeur des proportions par la combinaison des prestations de consultation, des hospitalisations et des médicaments pour une valeur de 8,1% et de la combinaison de la consultation, des hospitalisations, des médicaments et des analyses avec une fréquence de 8,1%. Au regard des souhaits des femmes, nous pouvons dire qu'elles aimeraient que la mutuelle couvre à la fois les soins de santé primaires qui sont appelés les petits risques et les gros risques représentés par les soins hospitaliers, les accouchements et les analyses. Nous pensons que pour une mutuelle comme tout système d'assurance, la couverture est proportionnelle aux risques encourus. Si nous appliquons ce concept ici, la mutuelle ne devra prendre en charge que les soins qualifiés de gros risques et laisser les

¹⁹ Voir annexe N°6

membres faire face aux dépenses pour les soins de santé primaires. Mais le dilemme ici c'est la conjonction par la mutuelle de son objectif premier qui est de permettre l'accessibilité financière aux soins quelle que soit leur nature et de sa pérennité en tant que système d'assurance. Or en général dans nos pays, ce qui constitue un frein à l'accès aux soins est le manque de moyens financiers pour la prise en charge des dépenses de soins de santé primaire. L'hospitalisation n'intervient généralement que lorsque la maladie a atteint un stade plus évolué et donc qui nécessite des soins plus intenses et plus chers.

24-2 Présentation des taux d'utilisation et des coûts moyens des prestations souhaitées

Nous présenterons d'abord les taux d'utilisation avant les coûts moyens des prestations.

242-1 Présentation des taux d'utilisation

Pour notre étude, nous avons utilisé les données du district de Dominique car il joue le rôle de centralisateur des données sanitaires sur l'ensemble du district. Aussi, certaines données d'autres sources telles L'OMS et la mutuelle WerWerlé ont été utilisées. Toutes ces données sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIX: Taux d'utilisation des prestations souhaitées

Prestations souhaitées	Taux d'utilisation	Sources des données
Consultation	167%	District de Dominique
Médicament	30%	Mutuelle WerWerlé
Hospitalisation	6%	OMS
Accouchements	4%	OMS
Analyse	5,2%	District de Dominique
Vaccination	5%	District de Dominique

Source : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mutuelle de l'UGFPE

Avant de faire l'analyse du tableau, nous définirons trois prestations pour éviter toute ambiguïté. Ces trois prestations sont les accouchements, la vaccination et la consultation

Pour le premier, nous parlons des accouchements simples car le centre de santé de Dominique ne dispose pas d'un bloc opératoire et cela fait que les cas compliqués de grossesse sont évacués sur Dakar.

Le second, la vaccination, concerne tous les vaccins que les enfants doivent faire (selon des périodes bien définies) et aussi ceux de la mère lorsqu'elle est en état de grossesse (surtout le vaccin contre le tétanos).

Le troisième, la consultation, concerne ici toutes les visites ambulatoires.

Après cette définition, nous pouvons dire qu'à l'analyse du tableau, les taux d'utilisation confirment notre argumentation dans la présentation des prestations souhaitées. En effet, les gros risques que sont les hospitalisations, les accouchements et les analyses ont les taux d'utilisation les plus faibles respectivement 6%, 4% et 5,2% alors que les petits risques à savoir la consultation et les médicaments ont des taux très élevés. Les forts taux de la consultation et des médicaments s'expliquent par le fait que le premier est le service par lequel doit passer obligatoirement tous les malades avant qu'ils ne reçoivent d'autres prestations alors que celui du second est expliqué par la vulgarisation de la politique des médicaments essentiels (Initiative de Bamako) et aussi par les hospitalisations qui font que le service fonctionne de jour comme de nuit.

242-2 Présentation des coûts moyens des prestations

Nous utiliserons les coûts moyens des prestations au niveau du centre de Dominique car ils sont plus élevés que ceux des postes de santé et aussi parce que ces coûts nous permettront une bonne estimation du montant de la cotisation pour l'usage des deux structures. Ceci est justifié par le tableau ci-dessous :

Tableau XX: Dépenses de santé des ménages au niveau des structures de soins pour l'année 2001.

Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Clinique privée	Guérisseur
27 739 FCFA	18620 FCFA	7886 FCFA	55 778 FCFA	6 387 FCFA

Source : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mutuelle de l'UGFPE

Nous constatons effectivement que par rapport à notre étude les dépenses de santé des ménages au niveau des centres de santé sont supérieures au double (exactement 2,36 fois) de celles faites par les ménages au niveau des postes de santé. Nous ne prenons pas en compte l'hôpital et la clinique car pour notre étude, nous les avons écartés des structures avec lesquelles la future mutuelle devra signer des conventions.

Nous avons défini les coûts moyens des différentes prestations comme ci-dessous :

-Consultation : c'est l'ensemble des coûts moyens des principales maladies recensées au niveau des structures sanitaires du district.

-Médicaments : c'est la moyenne des coûts des ordonnances délivrées au niveau du centre de santé de Dominique

-Analyses : c'est la moyenne des coûts des analyses effectuées au niveau du laboratoire du centre de Dominique

-Accouchement : c'est la moyenne des coûts liés aux accouchements simples au niveau du centre de Dominique

-Hospitalisations : c'est la moyenne des coûts liés aux hospitalisations au niveau du centre de Dominique

-Vaccination : c'est la moyenne des coûts liés à la vaccination pour la mère et les enfants au niveau du centre de Dominique.

Le tableau ci-dessous nous donne ces différents coûts :

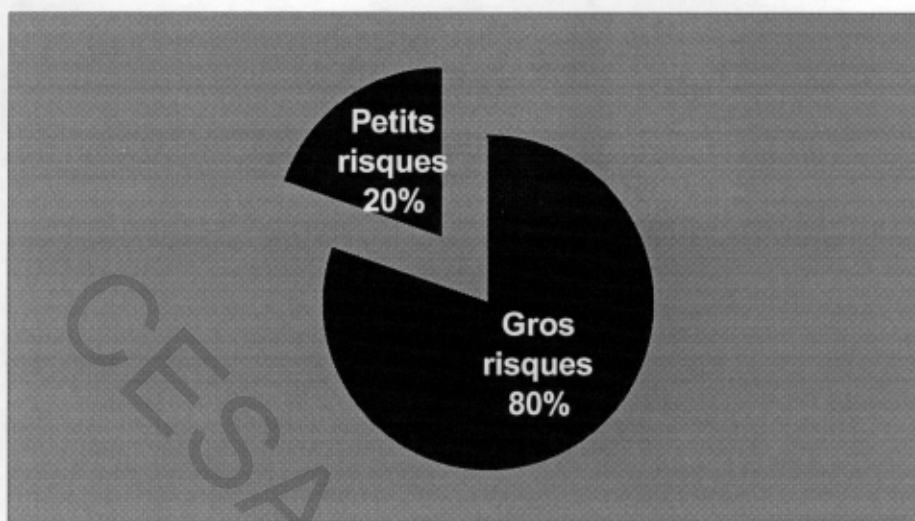
Tableau XXI: Coût Moyen annuel des prestations au niveau du centre de santé de Dominique pour 2000

Prestations	Coût moyen annuel(en FCFA)
Consultation (soins ambulatoires)	1025
Médicaments	3850
Analyses	4185
Accouchements(simples)	7500
Hospitalisations	14250
Vaccinations	1500

Source : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mutuelle de l'UGFPE

Ces coûts nous montrent que la survenue des gros risques occasionne de grandes dépenses pour les ménages. En regardant le graphique ci-dessous, nous nous rendons compte que les gros risques représentent 80% des coûts moyens annuels des prestations alors que les petits risques ne représentent que 20%.

Graphique N°2: Répartition des coûts annuels des prestations en fonction de la nature du risque



Source : Rapport de l'étude de faisabilité pour la mutuelle de l'UGFPE

Cet état de fait renforce la logique de l'assurance classique qui est de couvrir les risques dont la probabilité de survenue est faible et qui occasionne de grandes dépenses pour les personnes qui les subissent.

24-3 Calcul de la prime ou cotisation adéquate et présentation des différents scénarii des couples cotisation/prestations

Nous allons d'abord calculer le montant de la prime adéquate avant de présenter les différents scénarii.

243-1 Calcul de la prime adéquate

La prime adéquate est le montant financier qui tient compte à la fois des coûts des prestations et des frais administratifs et de gestion de la mutuelle. C'est cette prime que doit payer chaque bénéficiaire de la mutuelle au titre sa cotisation.

La formule de calcul de la prime est la suivante :

Montant de

la prime = $\sum \text{descouts annuels de chaque prestation} \times \text{son taux d'utilisation} + \text{Frais de gestion}$

Les Frais de gestion de la mutuelle ne doivent pas excéder les 10% du montant de la cotisation²⁰. Donc le montant de la prime devient ainsi :

$$\text{Montant de la prime} = \frac{\sum \text{descouts annuels de chaque prestation} \times \text{son taux d'utilisation}}{0,90}$$

Ici, nous n'avons pas pris en compte le nombre potentiel d'adhérents car ce chiffre est simplifié par lui-même en fin de calcul²¹. Le tableau suivant résume nos calculs :

Tableau XXII: Calcul de la prime adéquate

Rubriques	Taux d'utilisation(TU)	Coût moyen/ prestation(CM/P)	TU*CM/P
consultation	1,67	1025	1711,75
médicaments	0,3	3850	1155
analyses	0,052	4185	217,62
hospitalisation	0,06	14250	855
vaccinations	0,05	1500	75
accouchements	0,04	7500	300
Total			4314,37
Montant annuel de la cotisation			4793,74
Montant mensuel de la cotisation			399,479

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

²⁰ Nathalie Massiot 1997 : Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du Centre, BIT/ACOPAM, Dakar

²¹ Voir annexe N°7

Pour une prise en charge à 100% des dépenses de santé de ses membres, la mutuelle devra faire cotiser la somme de 399,47frs CFA(environ 400frs CFA) par bénéficiaire. Ce montant est la prime adéquate dans le cas où tout bénéficiaire qui n'honorera pas ses engagements(le paiement de sa cotisation) est exclu des services offerts par la mutuelle. Cette forme de prise en charge suppose donc un recouvrement à 100% des cotisations. Mais l'expérience de la pratique de la mutualité nous montre que ce taux est trop optimiste pour ne pas dire impossible dans le cadre des mutuelles de santé des populations du secteur informel.

Or l'exclusion des membres qui ne seraient pas à jour pose un problème de déontologie par rapport au principe de la solidarité qui est la base fondamentale de la mutualité.

Si nous supposons que la mutuelle est capable de réaliser un taux de recouvrement(TRC) de l'ordre de 90%, alors la cotisation mensuelle des bénéficiaires sera :

Cotisation mensuelle= Cotisation mensuelle×1,10

(TRC=90%) (TRC=100%)

Soit donc, la cotisation mensuelle(pour un TRC=90%)est égale à 440frs CFA.

Ainsi, nous constatons que la diminution de 10% du taux de recouvrement des cotisations entraîne une augmentation de la prime de 40 frs CFA.

Donc, en supposant un taux de recouvrement de 60%, la prime mensuelle serait de 560frs CFA s'il n'y a pas d'exclusion des mutualistes non à jour dans leur cotisation.

Ces différents montants nous montrent le rôle important que devra jouer les gérantes pour le recouvrement des cotisations car ce volet est la clef de survie par excellence d'une mutuelle.

En effet, un faible taux de recouvrement nécessitera un apport plus élevé des personnes si ces derniers acceptent de faire jouer leur fibre de solidarité.

La prime adéquate que nous avons calculée est le double du montant de la cotisation souhaitée(200frs CFA) par la majorité des femmes lors de notre enquête auprès des ménages.

C'est en cela que l'élaboration de scénarii s'avère nécessaire pour ajuster la prime adéquate à la prime souhaitée.

243-2 Proposition des scénarii des couples cotisation/prestations

Les différents scénarii des couples cotisation/prestations doivent prendre en compte à la fois l'accessibilité des bénéficiaires aux soins, la logique de l'assurance classique et le montant de cotisation souhaitée par les femmes.

Les propositions de scénarii reposent sur la différence dans les taux de prise en charge

Premier scénario : Prise en charge totale des prestations(voir le tableau XIX)

Une telle prise en charge demandera aux bénéficiaires une cotisation de 400frs CFA par mois.

L'avantage d'un tel scénario est qu'il favorise l'accès aux soins pour les bénéficiaires des services de la mutuelle mais il présente deux inconvénients majeurs dont le premier est le montant de la cotisation est très élevé par rapport au montant souhaité par les femmes.

Le second est qu'une telle prise à charge peut favoriser le risque moral au niveau des bénéficiaires.

Deuxième scénario : Prise en charge à 50% de toutes les prestations

Dans un tel cas de figure, le montant de la cotisation sera 200frs CFA comme nous l'indique le tableau ci dessous :

Rubriques prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0,5	855,875
médicaments	0,3	1155	0,5	577,5
analyses	0,052	217,62	0,5	108,81
hospitalisation	0,06	855	0,5	427,5
vaccinations	0,05	75	0,5	37,5
accouchements	0,04	300	0,5	150
Total				2157,185
Montant annuel de la cotisation				2396,872222
Montant mensuel de la cotisation				199,7393519

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

L'avantage d'un tel système est que le montant de la prime correspond au montant de la cotisation souhaitée et aussi parce qu'il permet de lutter contre le risque moral par le fait que les bénéficiaires ont une contribution élevée pour leurs dépenses de santé. L'inconvénient en fait de cette forme réside dans le taux de prise en charge. Le montant des dépenses auquel devront faire face les bénéficiaires est élevé et cela pourrait même décourager ces derniers à la longue.

Troisième scénario : Prise en charge totale de toutes les prestations à l'exception de la consultation et de la vaccination

Dans cette situation, le montant de la cotisation sera égal à 235frs CFA comme nous l'indique le tableau ci-dessous :

Rubriques prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0	0
médicaments	0,3	1155	1	1155
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	0	0
accouchements	0,04	300	1	300
Total				2527,62
Montant annuel de la cotisation				2808,466667
Montant mensuel de la cotisation				234,0388889

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Un tel système présente les mêmes avantages que ceux du deuxième scénario pour ce qui est de la lutte contre le risque moral et du montant de la prime qui est plus proche de celui souhaité. L'inconvénient est le risque couru par les bénéficiaires enfants car la prise en charge des vaccinations est un bon moyen de prévention de ces derniers contre certaines maladies et aussi ce serait un moyen de contribution de la mutuelle à l'amélioration de la couverture vaccinale du pays.

Quatrième scénario : Prise en charge totale des prestations sauf la consultation et la vaccination qui sont prises à 50%

Dans ce scénario, le montant de la prime sera de 316,75FRS environ 320frs CFA comme le montre ce tableau :

Rubriques Prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0,5	855,875
médicaments	0,3	1155	1	1155
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	0,5	37,5
accouchements	0,04	300	1	300
Total				3420,995
Montant annuel de la cotisation				3801,105556
Montant mensuel de la cotisation				316,7587963

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Ce scénario présente les mêmes avantages que ceux du deuxième à l'exception que les inconvénients s'accroissent. En effet, le montant de la prime est beaucoup plus élevé environ 1,6fois celui de la prime souhaitée.

Cinquième scénario : Prise en charge totale des gros risques et les petits risques ont les taux de 80% pour la vaccination et les médicaments et 0% pour la consultation

Pour une telle forme de prise en charge le montant de la cotisation sera de 218frs CFA. Le tableau ci contre nous donne le résumé des calculs.

Ce scénario présente les mêmes avantages que celui du troisième scénario à la seule différence que la non prise en charge totale des médicaments peut avoir une conséquence sur la guérison des membres. En effet, l'achat des médicaments est un volet essentiel pour le suivi des prescriptions du médecin.

Rubriques prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0	0
médicaments	0,3	1155	0,8	924
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	0,8	60
accouchements	0,04	300	1	300
Total				2356,62
Montant annuel de la cotisation				2618,466667
Montant mensuel de la cotisation				218,2055556

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Sixième scénario : Prise en charge totale des médicaments, analyses et hospitalisations, la vaccination et l'accouchement ont des taux respectifs de 75% et 50%. Les consultations ne sont pas prises en charge

Le tableau de ce scénario se présente ainsi :

Rubriques prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0	0
médicaments	0,3	1155	1	1155
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	0,75	56,25
accouchements	0,04	300	0,5	150
Total				2433,87
Montant annuel de la cotisation				2704,3
Montant mensuel de la cotisation				225,3583333

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Dans un tel scénario, le montant de la cotisation sera de 225frs CFA. Les avantages et les inconvénients d'un tel scénario sont les mêmes que celui du troisième scénario. La différence se situe au niveau des dépenses qu'aura à supporter le membre. En effet, les taux de prise en charge de la vaccination et de l'accouchement sont différents dans les deux scénarii. Le gain obtenu dans l'amélioration du taux de prise en charge de la vaccination(pour le sixième) est perdu dans la baisse du taux de prise en charge de l'accouchement(pour le troisième).

Septième scénario : Prise en charge totale de toutes les prestations à l'exception de la Consultation et de l'accouchement

Les résultats d'une telle situation nous sont donnés dans le tableau ci-dessous :

Rubriques Prestations	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0	0
médicaments	0,3	1155	1	1155
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	1	75
accouchements	0,04	300	0	0
Total				2302,62
Montant annuel de la cotisation				2558,466667
Montant mensuel de la cotisation				213,2055556

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Dans ce scénario, le montant de la prime sera de 213frs CFA. Ce scénario n'est pas meilleur au du sixième dans la mesure où la différence de cotisation n'est que de 10frs avec une prestation en moins.

Huitième scénario : Prise en charge totale de toutes les prestations à l'exception de la Consultation

Dans ce scénario, le montant de la prime est de 241frs CFA avec un avantage comparatif sur le scénario 3 comme l'indique le tableau :

Rubriques	Taux d'utilisation	TU*CMP	Taux de prise en charge	Montant de prise en charge
consultation	1,67	1711,75	0	0
médicaments	0,3	1155	1	1155
analyses	0,052	217,62	1	217,62
hospitalisation	0,06	855	1	855
vaccinations	0,05	75	1	75
accouchements	0,04	300	1	300
Total				2602,62
Montant annuel de la cotisation				2891,8
Montant mensuel de la cotisation				240,9833333

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

En effet, La différence de cotisation entre ce dernier scénario et le troisième est d'environ 15frs CFA avec une accessibilité plus grande aux soins(5 prestations sur 6 sont prises en charge totalement). Ce dernier scénario présente les mêmes avantages que ceux du deuxième scénario pour ce qui est de la lutte contre le risque moral.

Pour faciliter une meilleure compréhension de ces différents scénarii, faisons le tableau synthétique des scénarii.

Tableau XXIII: Synthèse des scénarii des différents couples cotisation/prestation

Scénarii	Caractéristiques	Montant de la prime mensuelle/personne en FCFA
Scénario 1	Prise en charge à 100% de toutes les prestations	400
Scénario 2	Prise en charge à 50% de toutes les prestations	200
Scénario 3	Prise en charge à 100% des prestations à l'exception de la consultation et de la vaccination qui ne sont pas prises en charge	235
Scénario 4	Prise en charge à 100% des prestations à l'exception de la consultation et de la vaccination qui sont prise en charge à 50% respectivement	320
Scénario 5	-Prise en charge à 100% des gros risques -La vaccination et les médicaments sont pris en charge à 80% -La consultation n'est pas prise en charge	218
Scénario 6	-Prise en charge à 100% des médicaments, analyses et hospitalisations -Prise en charge à 75%de la vaccination -Prise en charge à 50% de l'accouchement -La consultation n'est pas prise en charge	225
Scénario 7	Prise en charge à 100% des Prestations à l'exception de la consultation et de l'accouchement qui ne sont pas prises en charge	213
Scénario 8	Prise en charge à 100%des prestations à l'exception de la consultation qui n'est pas prise en charge	241

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

Nous pourrions développer d'autres scénarii mais en tenant compte de notre triple contrainte (accessibilité, logique de l'assurance classique et l'ajustement avec la prime adéquate), nous pouvons dire que le dernier scénario est le meilleur. Le choix de ce scénario se justifie par le fait qu'il permet la couverture totale d'un plus grand nombre de prestations (5/6) mais aussi il permet de respecter nos trois contraintes avec la seule différence qu'il exigera à chaque bénéficiaire des services de la mutuelle de déboursier 1,25 fois le montant de la prime souhaitée (en considérant la prime adéquate sera arrondie à 250frs CFA). Au terme de la présentation des différents scénarii des couples cotisation/prestations, nous analyserons maintenant la viabilité de la future mutuelle.

Deuxième étape: Analyse de la viabilité

de la future mutuelle

Tout d'abord, il faut préciser que dans le cadre d'une étude de faisabilité, nous ne pouvons parler de viabilité(car ce terme n'est valable que pour une structure existante) mais plutôt du bon design ou de la bonne conception de la mutuelle.

Ici, nous étudierons uniquement que deux dimensions de la viabilité à savoir la viabilité institutionnelle et la viabilité administrative et gestionnaire. L'autre dimension de la viabilité qui est la viabilité financière ne fera pas l'objet de notre étude car nous ne pouvons calculer les ratios s'y rattachant du fait de l'inexistence de la mutuelle. Néanmoins nous présenterons ces ratios avec leur méthode de calcul pour permettre aux futurs gestionnaires de pouvoir se munir d'un tableau de bord dans le suivi de la mutuelle après sa mise en place.

Chapitre III: La viabilité institutionnelle

La viabilité institutionnelle s'articulera autour de la négociation des conventions avec les prestataires, du contrôle et l'évaluation des prestations et enfin du mode de tarification des prestations.

3-1 La négociation des conventions avec **les prestataires**

La négociation de convention avec les prestataires est à notre avis l'aspect le plus important de la viabilité institutionnelle d'une mutuelle de santé. En effet, c'est lors de cette négociation que sont décidés les deux autres aspects(le contrôle et évaluation des prestations et le mode de tarification) liés à la viabilité institutionnelle.

Dans le cas de la future mutuelle de l'association NDADJE, l'environnement est favorable à la négociation pour une signature d'une convention avec les prestataires qu'elle aura choisis. En général, le district de Dominique a une culture de partenariat avec certaines formes d'assurance telles que les IPM. Ce qui fait que la mutuelle naissante ne fera que s'inscrire dans une logique qui prévaut déjà. La meilleure façon pour elle de mieux entamer ces négociations est de prendre connaissance des conventions qui ont déjà été signées, de déceler

leurs forces et surtout leurs insuffisances pour en faire une sorte de doléances. C'est une chose possible car les conventions, telles qu'elles sont actuellement, sont des types de contrat individualisés. Ainsi, l'inexistence d'une fédération de mutuelles pour négocier des accords dans un cadre global profite plus aux prestataires qu'aux mutuelles.

3-2 Le contrôle et l'évaluation des prestations

Le contrôle se situe ici à deux niveaux : d'une part le contrôle des prestations par rapport à la qualité des soins donnés et aux bonnes pratiques et d'autre part celui concernant le droit aux prestations pour les membres.

Pour ce qui est du contrôle ou de l'évaluation des prestataires, il faut dire qu'il est généralement difficile à réaliser pour une mutuelle existante à fortiori pour une mutuelle naissante. Cet état de fait résulte de deux choses. La première est que le contrôle et l'évaluation des prestations doivent être faits par un expert et cela nécessiterait que la mutuelle fasse appel à médecin conseil comme le font les assurances privées. Cela est à notre avis difficilement réalisable par une seule mutuelle de santé du secteur informel à cause de la faiblesse de leur surface financière.

La seconde est due au fait que le corps médical et paramédical continue de considérer les malades toujours comme des patients et non des clients. Ce qui fait donc que si une mutuelle se met à négocier dans le contrat de convention le contrôle et l'évaluation des prestations, il y a de fortes chances que cette convention ne soit pas signée.

En fait la seule façon de contourner ces obstacles pour les mutuelles réside dans leur organisation en fédération pour qu'elles aient un poids plus élevé et qui se chargera de suivre cet aspect.

Par rapport au contrôle du droit aux prestations, une combinaison de mécanismes peut être faite par les gestionnaires de la mutuelle. Le premier est l'identification des bénéficiaires. Chaque membre et ses bénéficiaires devront avoir leur photo dans le carnet d'adhésion avec leur nom, âge, etc. Cette mesure fera que les prestataires ne soigneront que les personnes dont les photos sont dans le carnet.

Le deuxième mécanisme est le contrôle social par des visites aux malades et le troisième pourrait être l'octroi de lettre de garantie surtout pour les soins d'un niveau technique plus élevé tels que les hospitalisations et les analyses.

Il faut dire que le contrôle des ayants droits aux prestations est un volet important de la gestion d'une mutuelle de santé car il permet de lutter contre la fraude.

3-3 Le mode de tarification des prestataires

Le choix du mode de tarification des prestataires a une grande influence sur les coûts d'une mutuelle de santé. En effet, le mode de tarification pose le problème de la maîtrise des coûts pour la mutuelle.

D'après l'enquête auprès des prestataires, le district aimerait que le mode de tarification de ses actes soit celui du pré-paiement. Le risque lié à une telle méthode est que le prestataire gère un compte santé renouvelable au profit de la mutuelle de santé et donc les risques de sur-prescription ne sont pas à écarter. Il applique en réalité le paiement à l'acte mais se couvre des risques de non-paiement (de la part de la mutuelle) par le dépôt obligatoire d'un compte santé. Un tel mode de financement n'incite pas le prestataire à rechercher l'efficacité pour la mutuelle de santé. Ce que nous proposons, c'est le mode de paiement par capitation qui est une forme de rémunération des prestataires qui amène ces derniers à rechercher l'efficacité.

Si les prestataires n'acceptent pas cette forme, la mutuelle pourrait leur proposer la tarification par épisode de maladie pour les soins de santé primaires et la tarification par journée pour les hospitalisations.

Au niveau de la viabilité institutionnelle, nous pouvons dire que c'est surtout dans la négociation de convention avec les prestataires que la future mutuelle s'assurera cette dimension de sa viabilité.

Chapitre IV: La viabilité gestionnaire et administrative

La viabilité gestionnaire et administrative traitera du taux de pénétration du groupe cible et de la compétence gestionnaire.

4-1 Le taux de pénétration du groupe cible

Le taux de pénétration du groupe cible est le rapport du nombre d'adhérents par la population totale cible. Le taux de pénétration est un indicateur important de la viabilité gestionnaire et administrative d'une mutuelle pour deux raisons.

La première est qu'il traduit le degré d'intérêt qu'accorde la population cible à la mutuelle et par conséquent aussi le degré de confiance que les membres ont vis à vis des gestionnaires et administrateurs de la mutuelle.

La seconde raison est qu'un faible taux de pénétration stipule la disparition de la mutuelle car d'après l'expérience du PHR, un minimum de 200 membres (environ 1000 bénéficiaires) est nécessaire pour juger à priori la viabilité d'une mutuelle de santé.

Dans le cadre de notre étude, nous ne pouvons pas calculer le taux réel de pénétration, car la mutuelle n'existe pas encore. Néanmoins, nous allons à partir de cette expérience du PHR juger de la viabilité de la future mutuelle de santé.

Pendant l'enquête auprès des ménages, toutes les femmes interrogées ont dit qu'elles seraient intéressées par la création d'une mutuelle de santé et la moyenne du nombre de bénéficiaires (B) qu'elles aimeraient prendre en charge est de 6²². Si nous supposons que le taux de pénétration (TP) potentiel est de 60%²³ et que le nombre total de personnes (NTP) de l'association NDADJE est 610²⁴. On aura ainsi :

Nombre potentiel des adhérents (NPA) = $NTP \times TP = 610 \times 0,6 = 366$

Nombre potentiel de bénéficiaires = $NPA \times B = 366 \times 6 = 2196$

²² Voir annexe N°8

²³ c'est le taux minimum acceptable selon Bennett et Coll

²⁴ Voir annexe N°3

Nous constatons que ces chiffres sont largement supérieurs au minimum empirique requis par le PHR. Et donc au regard de cela, nous pouvons dire que la future mutuelle serait à priori viable.

4-2 La compétence gestionnaire

La compétence gestionnaire renvoie à l'aptitude des dirigeants dans la gestion des organisations mutualistes. Elle sera traitée en cinq points que sont la qualification des gérantes de la future mutuelle, les mesures de gestion des risques, le paquet minimum de prestations garanties, l'évolution des dépenses de soins par bénéficiaire et enfin la fixation et la collecte de la prime.

42-1 La qualification des gérantes de la future mutuelle

Pour commencer, il faut dire que la mutuelle de santé est une initiative prise par les femmes de l'association dans l'optique de l'expansion et du développement des activités de ladite association. Les gérantes de la future mutuelle ne seront que des membres de l'association. En son sein et surtout au niveau de ses responsables, aucune d'entre elles n'a une qualification spécifique en matière de gestion des organisations de mutuelles de santé. Mais nous pensons que ce handicap peut être levé car toutes les responsables actuelles de l'association ont une formation en matière de gestion des organisations de micro finance et cela est plutôt un atout en leur faveur pour la gestion de la future mutuelle. Nous pensons que l'expérience acquise sur le terrain de la micro finance serait d'un apport indéniable pour le suivi des grands indicateurs de bonne viabilité de la mutuelle et que cet handicap pourrait être compensé par la participation à certains séminaires de formation organisés par les partenaires dans le domaine tels que STEP/BIT, le CAMICS, etc.

42-2 Les mesures de gestion des risques

Les risques auxquels une mutuelle de santé peut généralement être confrontée sont le risque moral, la sélection adverse, l'escalade des coûts, la fraude et les abus. Dans le cadre de notre étude, nous jugerons les mesures prises (si elles existent) par les femmes pour lutter contre ces risques ou mieux dans le cas contraire, nous leurs proposerons des mesures appropriées.

422-1 Le risque moral

Le risque moral est le fait qu'une personne se sentant couverte par une assurance décide d'abuser des prestations offertes par cette assurance. Nous pensons que pour lutter contre cette forme de risque, la future mutuelle devra instituer le système du ticket modérateur soit par un co-paiement ou le refus de prendre en charge la prestation qui est la porte d'accès aux autres prestations. C'est pourquoi dans l'étude de la faisabilité financière, nous avons proposé le choix du huitième scénario pour la fixation de la cotisation. Ce scénario impose en effet aux bénéficiaires de faire face eux-mêmes aux tickets de consultation avant de bénéficier des prestations couvertes par la mutuelle.

422-2 La sélection adverse

La sélection adverse est le fait qu'une personne décide d'adhérer à une assurance parce que sentant malade ou se connaissant malade.

Lors de l'enquête auprès des ménages, les femmes ont opté pour une période d'observation de 3 mois pour 45,4% des personnes interrogées et au plus 4 mois pour 63,2%²⁵ d'entre elles. Cette forme est un bon moyen de lutte contre la sélection adverse. Seulement, une période d'observation est un couteau à double tranchant. En effet, si elle permet de lutter contre le risque de sélection adverse, sa trop longue durée peut s'avérer être un élément de découragement à l'adhésion car les gens devront attendre un peu trop longtemps avant de percevoir les soins.

422-3 L'escalade des coûts

L'escalade des coûts est l'augmentation effrénée des coûts. Ce risque a deux origines que sont celle des prestataires et celle des malades.

²⁵ Voir annexe N°9

Pour le risque lié aux prestataires, la meilleure manière pour la mutuelle de lutter contre réside dans la négociation de la convention avec ces derniers à travers surtout le choix d'un mode de facturation qui amènera les prestataires à rechercher l'efficience.

Pour le risque lié aux malades, deux méthodes(non exhaustives) pourraient être utilisées. La première est l'imposition du système de la sentinelle ou de la référence recours obligatoire. Cette méthode a l'avantage de faire passer les malades par les niveaux les plus bas du plateau technique(ici les postes de santé) avant qu'ils ne se rendent dans le niveau supérieur(ici les centres de santé).

La seconde est la méthode de plafonnement des dépenses des prestations garanties. Une telle méthode a l'avantage de faire participer le malade dont les dépenses excéderont un certain montant défini par la mutuelle.

422-4 La fraude et les abus

La fraude est ici le fait qu'un non bénéficiaire puisse jouir des services de la mutuelle. Les moyens que la future mutuelle pourra utiliser sont :

- le contrôle social par la visite aux malades
- l'utilisation obligatoire des photos pour les membres et leurs bénéficiaires par rapport au carnet d'adhésion
- Le contrôle par les prestataires des personnes facturées.

Une bonne combinaison de ces formes de lutte contre la fraude pourrait réduire au maximum les risques de gestion liés à ce phénomène.

422-5 Le paquet minimum de prestations garanties

Le paquet minimum de prestations garanties renvoie aux prestations que la future mutuelle de santé devra couvrir. Dans notre étude, six prestations(à savoir la consultation, les hospitalisations, les médicaments, les analyses, la vaccination et l'accouchement) sont ressorties comme prioritaires pour les femmes. Ces prestations que nous avons classées en deux catégories en fonction de la nature du risque (gros ou petit), nous ont amené à proposer aux femmes le choix du huitième scénario. Pour nous, la couverture totale des grands risques, ne fera que renforcer la viabilité de la mutuelle, car c'est leur survenue qui occasionne de grandes dépenses. La couverture d'une partie des petits risques sera le moyen de favoriser l'accès aux soins tout en luttant contre certaines formes de risques de gestion tels que le risque moral

422-6 L'évolution des dépenses par bénéficiaire

Il est un indicateur qui permet de connaître le montant de dépense par tête. Il est le rapport des dépenses totales par le nombre de bénéficiaires. C'est un indicateur très important dans le cadre d'une mutuelle de santé fonctionnelle car de lui dépend les décisions d'orientation en matière de maîtrise des coûts.

Nous pensons que cet indicateur peut être calculé même de façon nominative. Dans ce cas, il permettrait de connaître les personnes qui sont de très bons risques. Autrement dit, les personnes qui ont une très faible utilisation des services de la mutuelle. Cet aspect est important dans le cadre de notre étude, car nous sommes dans une organisation de micro finance où chaque franc engagé est rétribué par un intérêt. La question qui se pose est de savoir quelle décision devra être prise pour les bénéficiaires dont la cotisation est à jour et dont le ratio des dépenses/bénéficiaire est très négligeable?. Nous pensons que là^{respons} se trouve toute une grande problématique pour la future mutuelle car si des cas de figures de ce genre se produisent(ce qui est fort probable), les personnes concernées pourraient être découragées à continuer de cotiser pour les autres. Pour nous, il faudrait l'institutionnalisation d'une rétribution des cotisations des bons risques. Par exemple offrir des médicaments aux bons risques pour les encourager ou mieux leur accorder 10% du montant total de leur cotisation annuelle comme le montant de prime déjà versée pour l'année suivante. Si nous prenons 250fr comme le montant de la prime mensuelle, le montant total de la cotisation par an sera de 3000frs. La rétribution au taux de 10% donnera 300frs comme montant de la prime déjà versée pour l'année suivante soit 1 mois de cotisation gratuite pour la personne concernée.

422-7 La fixation et la collecte de la prime

Dans notre étude, nous proposons le huitième scénario dont la prime est de 250frs. La période de collecte est mensuelle car cette forme s'adapte à la pratique qui prévaut au sein de l'association. En effet, c'est à la fin de chaque mois que les femmes viennent faire le versement des annuités de leurs emprunts.

Nous pouvons dire que la future mutuelle pourrait être viable sur le plan gestionnaire et administratif si les futures gérantes appliquent les différentes méthodes de lutte contre les risques de gestion.

Chapitre V: La viabilité financière

Nous ne ferons pas l'analyse de cette dimension de la viabilité car notre mutuelle n'existe pas encore. Néanmoins, nous présenterons les différents ratios qui seront pour les futures gérantes un tableau de bord. Quatre indicateurs que sont le taux de recouvrement des cotisations, le ratio de couverture des dépenses, le ratio des cotisations sur les prestations et le ratio frais de gestion doivent être analysés dans la viabilité financière.

5-1 Le taux de recouvrement des cotisations

Le taux de recouvrement des cotisations est le rapport des adhérents ayant effectivement payés leur cotisation sur le nombre total des adhérents. Il est très significatif car la cotisation est la principale source de revenus pour une mutuelle de santé et donc l'épine dorsale de la viabilité financière.

5-2 Le ratio de couverture des dépenses

Ce ratio est encore appelé ratio de couverture des dépenses mensuelles par les réserves. Il mesure la stabilité financière de la mutuelle face aux situations exceptionnelles telles que les épidémies. Il se calcule en faisant le rapport des réserves annuelles sur les dépenses moyennes mensuelles des prestations. Il permet de voir dans quelle mesure les réserves peuvent couvrir les dépenses.

5-3 Le ratio des cotisations sur les prestations

Ce ratio mesure la part des cotisations allouées aux dépenses pour les prestations. La faiblesse de ce ratio suppose soit la surestimation de la cotisation, soit celle des frais de gestion. Il se calcule en faisant le rapport des cotisations annuelles sur les dépenses annuelles des prestations.

5-4 Le ratio frais de gestion

Ce ratio est le rapport des frais de gestion sur le montant annuel des cotisations auxquelles il faut ajouter les subventions des collectivités publiques si elles existent. Ce ratio mesure la part des cotisations qui est grevée par les frais de gestion. Un bon ratio des frais de gestion doit fluctuer entre 5%et 10%des cotisations.

Comme nous le constatons, le calcul des ratios ne peut se faire que dans le cadre des mutuelles existantes et fonctionnelles car ces ratios ne se basent que sur les rapports des bilans financiers de gestion des responsables des mutuelles de santé

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme de notre étude, la question que nous devons nous poser est de savoir si nos objectifs ont été atteints. Cette étude consistait à rechercher les facteurs de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein de l'association NDADJE des femmes de Yeumbeul Sud. Pour ce faire, notre analyse a porté sur les conditions de mise en place de cette mutuelle au regard de la démarche méthodologique utilisée par STEP/BIT. Ainsi, nous avons mené deux enquêtes dont l'une auprès des ménages et l'autre auprès des prestataires. Ces deux enquêtes avaient pour objectif de faire ressortir les conditions de mise en place de la mutuelle au regard des quatre dimensions de la faisabilité à savoir la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière. L'étude de ces quatre dimensions nous a permis d'élaborer des scénarii des couples de cotisation/prestations et de proposer le meilleur scénario qui est adapté pour ces femmes. Aussi, notre analyse a porté sur les conditions potentielles de la viabilité future de cette mutuelle à travers notamment deux dimensions de la viabilité à savoir la viabilité institutionnelle et la viabilité administrative et gestionnaire.

Au regard de l'ensemble des dimensions de la faisabilité, nous pouvons dire que les conditions sont favorables à la mise en place de la mutuelle même si pour certaines, il faudrait que les futures responsables les renforcent. En allant un peu plus en profondeur dans notre analyse, les enseignements que nous pouvons tirer de cette étude sont les suivantes :

❖ **Au niveau de l'offre de soins**

L'offre de soins au niveau du district de Dominique est hétérogène. Elle se compose de maternité, de postes et de centres de santé dont les plus fréquentés sont les postes de santé et les centres de santé. Trois facteurs à savoir la qualité des soins, les coûts abordables de ces derniers et la proximité des structures expliquent les choix des femmes pour ces structures.

❖ **Au niveau de la faisabilité sociale**

L'association présente une dynamique associative et organisationnelle au niveau de ses membres dont près de 93,5% appartiennent à au moins une association. Aussi, les femmes ont un degré de solidarité très élevé qui leur a permis de mettre sur pied leur groupement d'épargne et de crédit. Cette solidarité est expliquée à la fois par les liens sociaux culturels (la vie en communauté et les liens de parenté) et le désir de sortir de leur état de pauvreté.

❖ **Au niveau de la faisabilité économique**

Les femmes de l'association ont une capacité économique relativement élevée lorsque nous regardons les chiffres fournis à leur première assemblée générale. Près de 40,5% d'entre elles ont une épargne et plus de 87,5% participent aux dépenses du ménage. Exerçant pour la plupart dans le secteur informel surtout le petit commerce, les femmes sont capables de faire face à leurs cotisations au regard de ces chiffres.

❖ **Au niveau de la faisabilité institutionnelle**

La mutuelle naissante bénéficiera d'un environnement favorable à son développement pour deux raisons dont la première est le système organisationnel de l'association NDADJE et la seconde est l'existence d'une culture de signature de convention au niveau des prestataires.

Pour la première, l'association NDADJE est une organisation bien structurée avec un local qui servira de siège pour la future mutuelle. Mais ce qui est frappant dans cette association, c'est le système de fonctionnement qui y prévaut. En effet, le bénévolat est très réduit car la plupart des femmes qui y travaillent sont rémunérées et les gestionnaires jouissent d'une très bonne confiance de la part des autres membres. La compétence des gestionnaires de l'association peut être expliquée par le très fort taux de recouvrement des crédits qui est de l'ordre de 82%.

Pour la seconde, c'est la volonté manifeste des prestataires à vouloir signer une convention avec la future mutuelle. Cette culture de partenariat au niveau des prestataires est un atout formidable qui facilitera les négociations futures entre les mutualistes et ces derniers.

❖ **Au niveau de la faisabilité financière**

Trois sortes d'enseignements nous sont donnés à ce niveau.

-le premier repose sur les prestations souhaitées par les femmes pour leur prise en charge par la mutuelle. Ces prestations sont les consultations, les hospitalisations, les médicaments, les analyses, l'accouchement et les vaccinations.

-Le second est le montant de la prime adéquate que nous avons proposé et qui est de l'ordre de 250frs CFA. Ce montant représente 1,25 fois le montant de la cotisation souhaitée par les femmes(200frs CFA).

-Le troisième est le choix du couple cotisation/prestations. Le choix correspondant à la prime proposée est le huitième scénario qui tient compte de nos contraintes que sont l'accessibilité financière des soins, le respect de la logique des assurances classiques et l'ajustement par rapport à la prime souhaitée.

❖ **Au niveau de la viabilité institutionnelle**

La viabilité institutionnelle de la future mutuelle dépendra de dans la négociation de la convention avec les prestataires par le choix d'un mode de facturation qui permettra la recherche de l'efficience au niveau des deux parties contractantes.

❖ **Au niveau de la viabilité gestionnaire et administrative**

Le taux de pénétration minimum que doit avoir la mutuelle est de 60% pour s'assurer une certaine viabilité. La capacité gestionnaire montre l'inexistence de compétence en matière de mutualité au sein de l'association. Aussi, le bon choix des différents outils de lutte contre les risques de gestion permettra de renforcer la viabilité de la future mutuelle.

Recommandations

Les recommandations découlant de ces enseignements iront essentiellement à l'endroit de l'association NDADJE, des prestataires et des partenaires au développement.

❖ A l'endroit de l'association NDADJE

- 1) La mise en place de la mutuelle devra tenir compte des hommes qui représentent près de 65,9% des chefs de ménage. Leur prise en compte permettra au ménage de facilement faire face aux cotisations, mais aussi et surtout de faire du problème de l'accès aux soins un problème du ménage et non spécifique aux femmes.
- 2) Les femmes devront lever le handicap lié à l'inexistence de qualification pour la gestion des organisations de mutuelles de santé par la participation aux séminaires de formation organisés par certains partenaires au développement.
- 3) Le choix des femmes, par rapport aux scénarii, devra porter sur le huitième qui présente des méthodes de gestion de risques. Aussi devront-elles utiliser le système de référence recours pour éviter l'escalade des coûts au niveau des membres.
- 4) Les femmes devront instituer une méthode de rétribution des bons risques qui sont à jour dans leur cotisation soit en leur offrant des médicaments, soit en prélevant une ponction sur leur cotisation annuelle pour l'utiliser comme financement des primes de l'année suivante.
- 5) Elles doivent encourager l'adhésion familiale par un forfait en fonction de la taille de la famille et limiter le nombre de bénéficiaires à 10 au maximum.
- 6) Elles doivent utiliser un plafond pour le nombre de jours d'hospitalisations(à 10 jours au maximum) et faire payer le surplus par le malade. La mutuelle devra financer d'abord ces soins et le malade aura à rembourser les dépenses faites par la mutuelle à sa sortie.

❖ A l'endroit des prestataires

- 7) Dans les conventions qu'ils auront à signer, ils devront privilégier les choix de tarification qui favorisent la recherche de l'efficacité pour les deux parties et non le profit par la sur-prescription d'actes aux malades.
- 8) Les prestataires devront accepter les critiques des mutualistes pour ce qui est de leur perception de la qualité des soins, car cela ne fera que contribuer à la réactivité du système de soins.

❖ A l'endroit des partenaires

- 9) Les initiatives des études de faisabilité régionales doivent être promues par rapport aux études de faisabilité spécifiques à une organisation. Ceci faciliterait la tâche à toute autre organisation qui voudrait mettre en place une mutuelle de santé en lui évitant les coûts liés aux études de faisabilité.
- 10) Ils devront encourager les mutuelles de santé à s'organiser en fédération. En effet la mise en place d'une fédération de mutuelles permettra à ces dernières de pouvoir surmonter les difficultés qui ne peuvent être résolues de façon individuelle. Par exemple le problème du contrôle et de l'évaluation des prestataires peut être plus facilement résolu par une fédération de mutuelles du fait de son poids que par une mutuelle individuelle.

❖ A l'endroit du Ministère de la santé publique

- 11) Le grand rôle que pourrait jouer le ministère de la santé est d'inciter les structures de soins à signer des conventions avec les mutuelles de leur zone qui le désireraient. La mise en place d'un tel mécanisme d'incitation à la signature de conventions facilitera le développement du mouvement mutualiste et par conséquent l'élargissement de la protection sociale à un plus grand nombre de personnes.

ANNEXES

QUE

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1: Tableau VI: Maladies les plus fréquentes au niveau des ménages

ANNEXE N°2: Tableau XIII: Dépenses mensuelles des ménages

ANNEXE N°3: Tableau XVI: Statistiques sur les montants de la cotisation souhaitée par les femmes

ANNEXE N°4: Etat sur la composition des groupements de l'association NDADJE

ANNEXE N°5: Organigramme de l'association NDADJE

ANNEXE N°6: Tableau XVIII: Prestations souhaitées par les femmes

ANNEXE N°7: Calcul de la prime adéquate

ANNEXE N°8: Tableau XXIV: Statistiques sur la taille des ménages

ANNEXE N°9: Tableau XXV: Durée de la période d'observation

ANNEXE N° 10: Questionnaire d'enquête auprès des ménages

ANNEXE N° 11: Questionnaire d'enquête auprès des prestataires de soins

ANNEXE N°1

Tableau VI: Maladies les plus fréquentes au niveau des ménages

		Fréquence	Pour cent
Valide	1 ASTHME	4	2,2
	1+12	3	1,6
	1+12+9	1	,5
	1+13	1	,5
	1+14	1	,5
	1+2	8	4,3
	1+2+6	1	,5
	1+2+9	1	,5
	1+5+14	1	,5
	1+5+9	1	,5
	1+9	1	,5
	12 MAL DE TETE	12	6,5
	12+13	7	3,8
	12+13+14	1	,5
	12+14	1	,5
	12+4	1	,5
	12+9	1	,5
	13 MAL DE VENTRE	1	,5
	1ASTHME	1	,5
	2 PALUDISME	56	30,3
	2+11	2	1,1
	2+12	9	4,9
	2+12+13	2	1,1
	2+12+9	1	,5
	2+13	8	4,3
	2+13+3	1	,5
	2+14	4	2,2
	2+3	5	2,7
	2+4	1	,5
	2+5+9	2	1,1
	2+6	2	1,1
	2+7	1	,5
	2+9	15	8,1
	2+9+12	1	,5
	2+9+12+13	1	,5
	2+9+13	3	1,6
	4+12	1	,5
	4+9	1	,5
	5 HTA	1	,5
	5+12	1	,5
	5+13	1	,5
	5+14	1	,5
	5+6	1	,5
	6 RHUMATISME	4	2,2
	6+12	1	,5
8+12	1	,5	
9 RHUME/GRIPPE	7	3,8	
9+12+13	1	,5	
9+13	1	,5	
tuberculose	1	,5	
Total	185	100,0	

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

ANNEXE N°2

Tableau XII : Dépenses mensuelles des ménages

DEPMENS					
Montant	Fréquence	Pour cent	Montant	Fréquence	Pour cent
0	6	3,2	70000	1	0,5
16500	1	0,5	70000	1	0,5
20000	1	0,5	73200	1	0,5
24000	1	0,5	74000	1	0,5
28000	1	0,5	75000	1	0,5
30000	2	1,1	76000	1	0,5
34500	1	0,5	77500	2	1,1
38500	1	0,5	78500	1	0,5
40000	1	0,5	79000	1	0,5
41000	1	0,5	79500	1	0,5
41500	1	0,5	79650	1	0,5
44250	2	1,1	79750	1	0,5
45000	3	1,6	80000	3	1,6
47500	1	0,5	82000	1	0,5
50000	1	0,5	82500	3	1,6
51500	1	0,5	83625	1	0,5
57500	1	0,5	84000	2	1,1
60000	7	3,8	85000	2	1,1
60500	1	0,5	85250	2	1,1
61500	2	1,1	85500	1	0,5
63000	1	0,5	86000	1	0,5
64500	1	0,5	86250	1	0,5
65500	1	0,5	86500	1	0,5
67700	1	0,5	87500	4	2,2
68000	1	0,5	90000	5	2,7
91000	1	0,5	91700	1	0,5

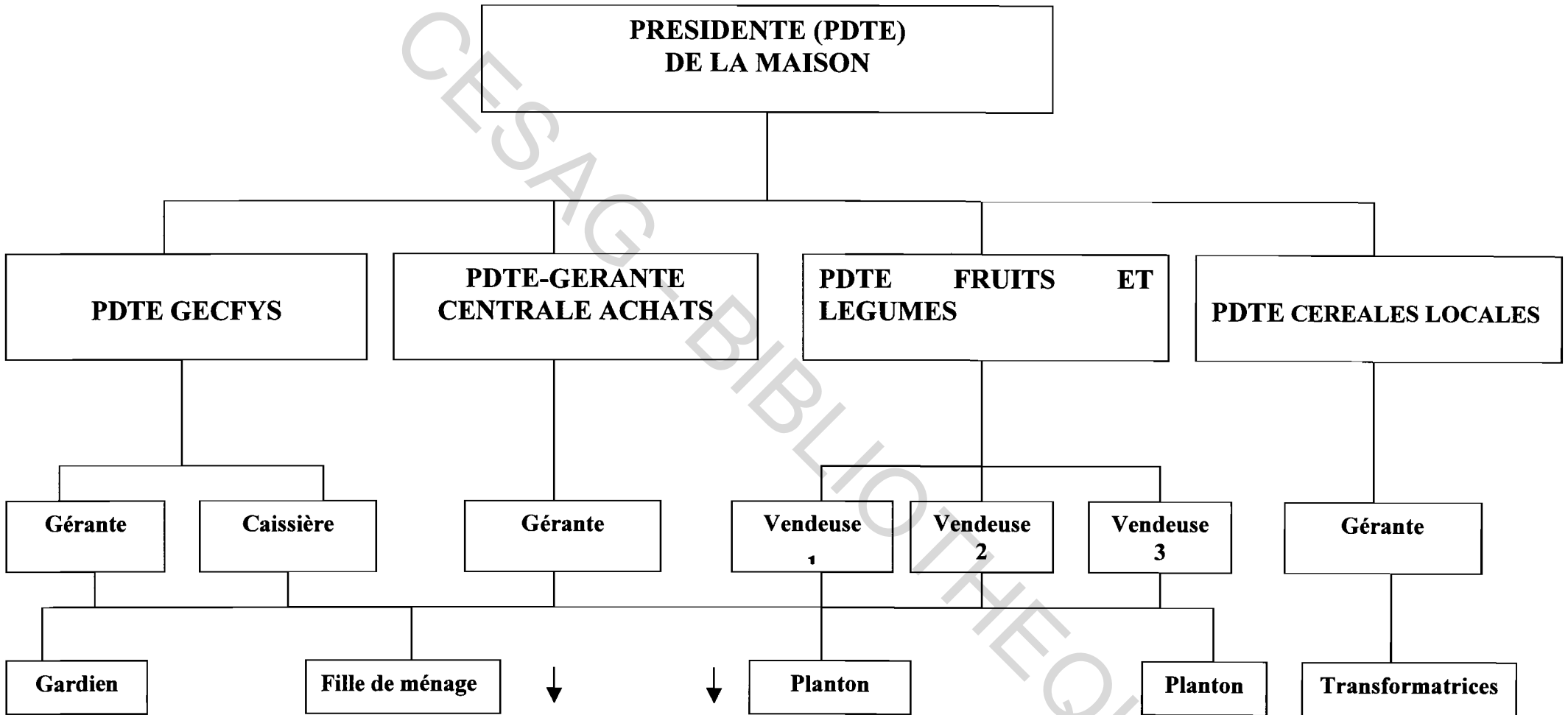
692250	1	0,5	92500	3	1,6
93500	2	1,1	9000	1	0,5
94500	1	0,5	95000	1	0,5
95300	1	0,5	96000	1	0,5
97000	3	1,6	97500	1	0,5
98000	1	0,5	98500	1	0,5
99500	1	0,5	100000	2	1,1
101000	1	0,5	101500	2	1,1
102500	1	0,5	103000	1	0,5
103250	1	0,5	103500	1	0,5
103750	1	0,5	104000	1	0,5
105000	3	1,6	105500	1	0,5
107050	1	0,5	107250	1	0,5
108000	1	0,5	109000	1	0,5
109250	1	0,5	111000	1	0,5
111250	1	0,5	111500	1	0,5
113500	1	0,5	114500	1	0,5
114700	1	0,5	115000	4	2,2
117000	1	0,5	117500	1	0,5
118000	1	0,5	118050	1	0,5
118750	1	0,5	120000	6	3,2
122500	2	1,1	126000	1	0,5
127000	1	0,5	130000	1	0,5
130500	2	1,1	132000	1	0,5
134500	1	0,5	135000	2	1,1
136000	1	0,5	137500	1	0,5
139750	1	0,5	140250	1	0,5
140500	1	0,5	142000	1	0,5
150000	4	2,2	151500	1	0,5
153000	1	0,5	155000	1	0,5

ANNEXE N°4: Etat sur la composition des groupements de l'association NDADJE

Nombre total de membres	610
Nombre total de Groupements	27
Nombre total de membres de groupement	353
Nombre total Indiv Groupement	136
Nombre total Indiv Sans Groupement	254
Nombre total hommes	9
Nombre de personnes retirées ou décédées	7 dont 3 décès et 4 retraits
Autres	5

EFFECTIFS DES MEMBRES DES GROUPEMENTS	
Groupement	Effectif
sope serigne b2	12
Diokere endam	13
Diamalaye	15
Taku ligguey 1	14
sope serigne mansour	15
pasteef	11
Nanango	19
Dioudou Baax	21
Sope Serigne Touba	18
Santa yalla	10
Sope sa Dieukeur 1	16
Kaay Baax 2	20
Sope sa Dieukeur 3	7
Djamadji	4
Diaapoo ligguey	11
Sope Mame Seydi	9
Femmes en elevage	24
Kaay Baax 1	7
sope serigne b1	18
Goulambé	6
Sope Fatimatou Bintou	10
Mame Fat laye	13
Sope serigne Saliou	5
Femmes institutrices	10
Book Ndeye	15
Sope Serigne Fallou	12
Momar Khary	18
Total	353

ANNEXE N°5: Organigramme de l'association NDADJE



ANNEXE N°6: Tableau XVI: Prestations souhaitées par les femmes

		Fréquence	Pour cent
Valide	1+2	4	2,2
	1+2+3+4+5	1	,5
	1+2+3+4+5+6	2	1,1
	1+2+3+4+5+6+7+8	5	2,7
	1+2+3+4+5+7+8	9	4,9
	1+2+3+4+5+8	1	,5
	1+2+3+8	4	2,2
	1+2+4	16	8,6
	1+2+4+5	5	2,7
	1+2+4+5+6+7+8	7	3,8
	1+2+4+5+6+8	1	,5
	1+2+4+5+7	2	1,1
	1+2+4+5+7+8	34	18,4
	1+2+4+5+8	5	2,7
	1+2+4+6	1	,5
	1+2+4+6+8	3	1,6
	1+2+4+7	11	5,9
	1+2+4+8	15	8,1
	1+2+5	2	1,1
	1+2+5+7	1	,5
	1+2+6	2	1,1
	1+2+6+8	1	,5
	1+2+8	1	,5
	1+4	1	,5
	1+4+5	2	1,1
	1+4+5+6+7	1	,5
	1+4+5+7	3	1,6
	1+4+6+7	3	1,6
	1+4+8	1	,5
	1+5	3	1,6
	1+5+6	1	,5
	1+5+7+8	1	,5
	1+5+8	1	,5
	1+6+8	1	,5
	1+7	1	,5
	1+8	1	,5
	1CONSULTATION	1	,5
	2 HOSPITALISATION	2	1,1
	2+4	3	1,6
	2+4+5	2	1,1
	2+4+5+8	2	1,1
	2+4+6	3	1,6
	2+4+7+8	1	,5
	2+4+8	1	,5
	2+5+7+8	1	,5
	3 ACTES CHIR	1	,5
	3+4+5	1	,5
	3+8	1	,5
	4 MEDICAMENT	2	1,1
	4+5	1	,5
4+5+6	1	,5	
4+5+6+7+8	1	,5	
4+5+6+8	1	,5	
4+5+7	1	,5	
4+7+8	1	,5	
4+8	2	1,1	
5+7	1	,5	
5+8	1	,5	
8 ANALYSES	1	,5	
Total	185	100	

ANNEXE N°7: Calcul de la prime adéquate

Soient :

Pi: la prestation i

CMA(Pi):Coût moyen annuel de la prestation P i

TU(Pi): Taux d'utilisation de la prestation i

MTAD(Pi): Montant total annuel dépensé par la caisse pour la prestation i

N : Nombre d'adhérents à la mutuelle

FAG: Frais annuels de Gestion de la caisse

CTA(Pi) : Cotisation totale annuelle pour la prestation i

$$\mathbf{MTAD(Pi)=CMA(Pi) \times TU(Pi) \times N}$$

$$\mathbf{CTA(Pi)= MTAD(Pi) + FAG}$$

$$\text{Or } \mathbf{FAG=10\% \times CTA(Pi)}$$

$$\mathbf{CTA(Pi)=\frac{MTAD(Pi)}{0,90}}$$

$$\mathbf{CTA(Pi)/personne=\frac{MTAD(Pi)}{N \times 0,90} = \frac{CMA(Pi) \times TU(Pi) \times N}{N \times 0,90} = \frac{CMA(Pi) \times TU(Pi)}{0,90}}$$

ANNEXE N°8: Tableau XXII: Nombre de personnes à prendre en charge

NbrperprisCH

N	Valide	185
	Manquante	0
Moyenne		6,13
Médiane		6,00
Mode		4
Ecart-type		3,283
Variance		10,777
Somme		1134

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

ANNEXE N°9: Tableau XXIII: Durée de la période d'observation

		Fréquence	Pour cent
Valide	3 MOIS	84	45,4
	4 MOIS	33	17,8
	5 MOIS	22	11,9
	6 MOIS	46	24,9
	Total	185	100,0

(Source : enquête de l'étude réalisée par kaba Madigbe)

ANNEXE N°10: Questionnaire d'enquête auprès des ménages

ETUDE DE FAISABILITE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE AU SEIN DE L'UNION DES GROUPEMENTS DES FEMMES DE YEUMBEUL SUD

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES MENAGES

Nom de l'enquêteur..... Date:...../...../2003.

N° Enquête.....Zone:.....Groupelement:.....

IDENTIFICATION

1. Nom et prénoms de l'enquêtée:

2. Etes-vous le chef de votre ménage ?

(1) oui (2) non

3 De combien de personnes est composé votre ménage (personnes vivant sous votre toit) ?

.....

Combien d'hommes (nombre).....

Combien de femmes (nombre).....

Combien d'enfants avez-vous ?(moins de 15 ans).....

4 Quel est votre statut matrimonial ?

(1) mariée (2) divorcée (3) veuve (4) célibataire

5 Etes-vous allée à l'école ?

(1) oui (2) non si non aller à la question 7

6 Si oui, quel est votre niveau d'éducation ?

(1) primaire (2) secondaire (3) supérieur

7 Les membres de votre ménage prennent-ils part à la vie associative de votre quartier ?

(1) Oui (2) Non si non, passez à la question 9

8 Si oui, quelles sont ces associations ?

(1) ASC (2) Dahira (3) Mbootay (4) autres à préciser.....

FREQUENCE DES MALADIES ET ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE DU MÉNAGE

9 Juste après la coupe du monde, combien de personnes sont tombées malades dans votre ménage ?

.....Si zéro personne, aller à la question 19

10. Le dernier malade de votre ménage est-il allé à la recherche de soins ?

(1) oui (2) non

11 Si non, pourquoi ?

(1) Manque de moyens
(2) Automédication
(3) Autres à préciser.....

12 Si oui, quel a été le premier lieu de recours aux soins ?

(1) Hôpital
(2) Centre de santé
(3) Poste de santé
(4) Clinique privée
(5) Tradipraticien

13 Quel est le facteur qui a le plus influencé ce premier choix ?

(1) Coût abordable des prestations
(2) Proximité de la structure
(3) Bonne qualité de l'accueil
(4) Qualité des soins
(5) Urgences
(6) Autre à préciser.....

14 Combien a-t-il dépensé ?.....

15 Le malade a-t-il changé de structure par la suite ?

(1) oui (2) non si non aller à la question 19

16 Si oui, pourquoi ?

- (1) référence obligatoire
- (2) décision personnelle

17 Si décision personnelle, quel est le facteur qui a le plus influencé votre choix ?

- (1) Coût abordable des prestations
- (2) Proximité de la structure
- (3) Bonne qualité de l'accueil
- (4) Qualité des soins
- (5) Urgences
- (6) Autre à préciser.....

18 Combien a-t-il dépensé ?.....

19 Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre ménage ? Citez-les par ordre d'importance.

- 1-..... 3.....5.....
- 2-.....4-.....6.....

CAPACITE CONTRIBUTIVE ET FINANCEMENT DE LA SANTE

20 combien votre ménage dépense-t-il par mois en moyenne en :

- nourriture Fcfa
- loyer Fcfa
- facture(eau, électricité et téléphone si possible) Fcfa

21 Participez-vous aux dépenses de votre ménage ?

- (1) Oui (2) Non si oui passer à la question 23

22 Si non, qui fait les dépenses du ménage ?

- (1) Mari (2) enfant (3) Autre à préciser

23 Epargnez-vous de l'argent ?

- (1)oui (2)non si non passer à la question 25

24 Si oui, utilisez-vous votre épargne pour payer les soins de santé des membres de votre ménage ? (1) oui (1) non

25 Votre ménage rencontre-t-il des problèmes dans la prise en charge des soins de santé de ses membres ? (1)oui (2) non

26 Comment financez-vous les dépenses de santé des membres de votre famille ?

- Avec les revenus du ménage
- J'appartiens à une IPM
- Prise en charge de l'État
- Solidarité familiale
- Avec l'aide des voisins
- Emprunt d'argent
- Autres (à préciser).....

ALTERNATIVES POUR ALLEGER LES COUTS

27 Avez-vous entendu parler des mutuelles de santé ?

- (1)Oui (2)Non si non passer à la question 29

28 Si oui à quoi sert-elle ?

- (1) prévoir la maladie
- (2) aide à prendre en charge les dépenses de santé
- (3) autres à préciser

29 Seriez-vous intéressée par la création d'une mutuelle de santé au sein de votre union?

- (1) oui (2) non Si non poser la question suivante et arrêtez-vous là !

30 Si non pourquoi ?

31 Si oui combien de personnes voulez-vous prendre en charge dans cette mutuelle ?

32 Quel montant êtes-vous prêt à cotiser par bénéficiaire et par mois ?.....F CFA

33 Quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future mutuelle couvre ?

ANNEXE N°11: Questionnaire d'enquête auprès des prestataires

ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES

Nom de l'enquêteur :

Nom de la structure..... Date:...../...../.....

Adresse/ tél. :

Personne(s) contactée(s) :.....Titre:.....

NATURE DE LA STRUCTURE

1. Quelle est la nature de la structure ?

(1) Hopital (2) centre de santé (3) Poste de santé (4)Autre à préciser.....

PERSONNEL MEDICAL

2. Quel est l'effectif du personnel médical :.....

3. Quelle est la composition de cet effectif par catégorie professionnelle ?

Catégorie Professionnelle **Effectifs**

Médecins :

Sage-femmes :

Infirmières/Infirmiers :

Aides-soignants :

Garçons de salles

Autres à préciser.....

CAPACITE D'ACCUEIL DE LA STRUCTURE

4. Quelle est la capacité d'accueil de la structure ?

Chambre d'hospitalisation:..... Lits :.....Salles d'accouchement :.....

Labo :..... Pharmacie :..... Autres à préciser :.....

5. La structure dispose-t-elle d'équipements médicaux avancés ?

(1) Radiologie (2) Echographie (3) Autres à préciser

6. Le personnel médical est-il suffisant dans la structure ?

(1) Oui (2) Non

8. La structure a-t-elle des difficultés financières ?

(1) Oui (2) Non

9 Quelles sont les prestations que vous offrez aux patients ?

1 Soins 2 Planification familiale 3 Médicaments

4 Chirurgie 5 Soins préventifs 6 Analyse(radio, échographie, etc...)

7 Gynécologie 8 Maternité/Obstétrique 9 Pédiatrie

10 Autres à préciser.....

10 Qui sont vos principaux clients ?

1 Particuliers à leurs frais

2 Etat

3 Entreprise privée

4 IPM

5 Mutuelles de santé

6 Autres à spécifier.....

(1) oui (2) non

17. Pourquoi ?

.....

18. Quelles sont les prestations que vous pourriez fournir à cette mutuelle ?

.....

.....

.....

19. Comment souhaitez-vous être payé par la dite mutuelle et selon quelles échéances ?

.....

20. Pour ces prestations quelles sont les réductions que vous pourriez consentir ?

.....

.....

CHSAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Abel-Smith, B(1993): Financing health services in developing countries: The option NU Nytt om-Landshalsard 2/97. Vol.7

ANMC/BIT-ACOPAM/WSM 1996: Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant. Solidarité Mondiale, Dakar

Atim C.(1996): «Vers une meilleure santé en Afrique»: Etude comparée du financement communautaire et de la mutualité. Solidarité Mondiale, Bruxelles

Atim.C(1999): Social movement and health: a critical evaluation of voluntary, non profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon; in social science and medicine, Vol.48, pp 881-896

Atim.C(2000): Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse des travaux de recherche menés dans 9 pays d'Afrique de l'ouest et du centre. Abt.associates Inc, STEP

Bennett, S.; Creese, A(1997): Rural risk-sharing strategies in health. Paper presented to an International conference sponsored by the World Bank; Innovation in health care financing, march 10-11. Washington, DC.

Bennett, S.; Creese, A; Monash, R.(1998): Health insurance schemes for people outside formal sector employment. ARA paper N°16, WTO Geneva.

Carrin, G.(1987): Community financing of drug in sub-Saharan Africa. International Journal of Health Planning Management 2, p.12-145

Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. Travaux de recherche dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. BIT 2000

Coutandriopoulos, A.P; Champagne, F.; Potvin, L.; J.L Denis; P.Boyle(1990): Savoir préparer une recherche, Presse de l'Université de Montréal.

Criel, B; Van der Stuyft, P; Van Lerberghe, W(1999): The Bwamanda hospital insurance scheme, effective for whom? A study of impact of hospital utilisation patterns. In Social Science and Medicine. Vol.48, pp.8897-911

Daff, B(2000): Etude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins. Mémoire DSES-CESAG, Dakar

De Ferranti, D(1985): Paying for health services in developing countries: An overview. World Bank staff working paper, N°721

Desmet, M; Chowdhury, A.Q; Islam, Md.K(1999): The potential for social mobilisation in Bangladesh: The organisation of two health insurance schemes. In Social Science and Medicine. Vol48, pp.925-938

Diop, F; Bitran, R. Mackinen, M(1994): Evaluation of impact of plot test for cost recovery on primary health care in Niger. Technical Report N°16 HFS Project. ABT Associates Inc. Bethesda, MD.

Dominique Evrard(2002): Mutuelles de santé en Afrique: Mouvement émergent ou phénomène de mode?; Forum de la concertation 2002

Dror, D.M; Jacquier, C(1999):<< Micro-assurance: élargissement de l'assurance maladie aux exclus>> Revue International de sécurité sociale. Vol.52 N°1.

EPOS(2001): Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel : Rapport de l'étude de faisabilité technique et financière; Mars 2001

Fall, A(2001): Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande de santé au Sénégal. Mémoire DSES-CESAG, Dakar.

Gandhao, V.R(2001) : Etude sur la viabilité des mutuelles de santé au Bénin et leur contribution au financement de la santé et à l'accès aux soins.

Griffin, C C(1992): Health care in Asia. A comparative study of cost and financing. World Bank Regional and sectorial studies. The World Bank, Washington.

Hsiao, W; Sen, PD(1995): Cooperative financing for health care in rural India. Paper presented to an International Workshop on health at India Institute of Management, Bangalore, India; September 1995

Hsiao, W(1999): Health care financing in developing countries, South Africa, September 1999

Jutting, J; Tine, J(2000): Micro système d'assurance et de mesure de la santé dans les pays en voie de développement: une analyse de l'impact des systèmes de mutuelles de santé en milieu rural sénégalais

Kaba Madigbe(2003): Dossier de candidature de l'association NDADJE pour le concours du grand prix du Chef de l'Etat Sénégalais pour la promotion de la femme; édition 2003

Kutzin, J; Barnum, H(1992): Institutional features of health insurance programs and their effects on developing country health systems. International Journal of health planning and management

Kehoua, André(1993): Etude Comparative des systèmes nationaux d'information socio-sanitaire en Républiques du Congo, de Cote d'Ivoire et du Sénégal : Mémoire DSGS CESAG

Letoumy, A:<<L'assurance maladie obligatoire au Sénégal: analyse et voies d'amélioration>>Juin 1996

Louis Favraud; Lucie, Fréchette(2000) : Economie sociale, coopération Nord/Sud et développement ; Cahiers du CRISES, Collection Working Papers

Marina Yo, E. M(2002): Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès, Sénégal; Mémoire DSES CESAG

Marty, M; Leighton(1993): Workshop on health financing and sustainability in Africa. CCCD regional Conference on progressing child survival, Dakar, Sénégal. Policy paper N°8 HFS project Abt.associates, Inc. Bethesda, DM.

Massiot, N(1997): Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. BIT/ACOPAM, Dakar

McPacker, B(1993): User charges for health services in developing countries: a review of economic literature. Social science and Medicine. Vol.36, pp. 1397-1405

Musau, S.(1999): Community based health insurance. Experience and lesson learned from East Africa. Technical Report N°34; Partnership for health reform project, Abt associates Inc.Bethesda, MD.

Nichols, Len M; Hong, P.k; Prescott, N: Innovation in health care financing. An international conference sponsored by the World Bank. Marsh 10-11, 1997, Washington, DC

Oko, A(1992): Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas du Sénégal. Mémoire DSGS, CESAG, Dakar

OMS(1999): Rapport sur la santé dans le monde 1999<<Pour un réel changement>> OMS Genève.

OMS(2000): Rapport sur la santé dans le monde:<<Pour un système de santé plus performant>> OMS Genève

Ron, A(1999): NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and Philippines. In Social Science and Medicine. Vol.48, pp.939-950

Senghane, Gningue(2001): Rapport de l'étude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé de l'UGFPE ; STEP/BIT

Shaw, R; Griffin, P and C(1995): Financing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance. Direction in development. The World Bank; Washington DC

Tetevi, Dodzi A.(2002): "Le droit à la santé en Afrique Subsaharienne: Vers des soins communautaires et/ou une assurance maladie?" Article lu sur internet

Tine, J(1999): La problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural Sénégalais: Les mutuelles de Fandène, Lalane/Diassap et leur impact sur le recours aux structures de soins.

Wade, A.D: <<L'éclosion du mouvement mutualiste dans la région de Thiès au Sénégal>>

Colloque international ANMC, ELWIJT, Belgique, 21 juin 2001.

Waddington, C.J; Enyimayew, K.A(1989): A price to pay. Part 1: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana. *International Journal of Health planning and Management*5, pp.287-312

Zouré, Dominique(2002): Etude de faisabilité de l'assurance maladie sociale au sein des forces armées nationales du Burkina Faso; Mémoire DSES CESAG

CESAG - BIBLIOTHEQUE