

# Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS)

XII<sup>ème</sup> Promotion d'Économie de la Santé



## MEMOIRE DE RECHERCHE

DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE

## THEME

**ACCES AUX SOINS DE SANTÉ DES PLUS PAUVRES AU SÉNÉGAL  
DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE:  
CAS DU FONDS D'ÉQUITÉ DE LA RÉGION DE KAFFRINE**

**Réalisée par :**

**Mme SENE Khoudia DIOP**

**Sous la Direction de :**

**Dr Ousseynou DIOP**

Economie de la santé

**Dr Moustapha SAKHO**

Administration hospitalier

Economie de la santé

## **DEDICACES**

*A ALLAH Le Tout Puissant*

Sans Toi rien n'est possible.

*A mon cher époux Wagane*

Source de mon courage, tu as su remplacer les parents que j'ai perdus.

Ton honnêteté, ta rigueur, ta véracité, ta positivité, ta gentillesse, ta générosité font de moi l'une des femmes les plus enviées. Que le bon Dieu protège notre amour.

*A mes tendres enfants Bamba, Djibril*

Pour tous les moments dont je vous ai privé.

Je vous adore !

*A ma défunte maman chérie, à mes grands-parents adorés aussi arrachés à mon affection*

Que Le Bon Dieu vous donne le paradis éternel .

## REMERCIEMENTS

La réalisation de cette recherche de mémoire a été possible grâce à l'assistance de plusieurs personnes. Je tiens à remercier qui m'ont aidé dans l'accomplissement de ce travail.

Un grand remerciement à Docteur Ousseynou DIOP, Directeur de la Couverture Maladie Universelle, enseignant associé au CESAG, qui a en encadrant ce mémoire a mis à ma disposition sa grande connaissance des assurances et de la mutualité.

Un immense merci à Docteur Moustapha SAKHO Professeur associé au CESAG, qui en plus de m'avoir accueillie à son Cabinet Le Groupe ISSA a accepté de partager son immense expérience, son professionnalisme et l'originalité de ses approches.

Cette recherche est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes que je tiens à remercier très sincèrement :

- Monsieur Ibrahima SENGHOR, Directeur de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Kounghoul / Région de Kaffrine pour son apport ;
- Messieurs NAMOU Dékaï Jean-Luc et BAYEBIE François Bado économistes de la santé et consultant au Groupe ISSA ;
- Le personnel du Groupe ISSA ;
- Les autorités du ministère de la santé ;
- Les responsables des mutuelles et prestataires de Kaffrine ;
- Les acteurs sociaux et autorités locaux de Kaffrine ;
- Le personnel du département CESAG-SANTE.

Nos remerciements également à Docteur Amani KOFFI, chef du département CESAG-SANTE et à tous les enseignants qui nous ont gratifiés de connaissances inestimables et nous appris la curiosité et la remise en question des idées reçues.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ANSD</b>	: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>APROFES</b>	: Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise
<b>ARV</b>	: antirétroviraux
<b>ATR</b>	: Agence Technique Belge
<b>BEFE</b>	: Bureau Exécutif du Fonds d'Equité
<b>BIT</b>	: Bureau International du Travail
<b>CACMU</b>	: Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
<b>CAFSP</b>	: Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
<b>CAPSU</b>	: Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
<b>CESAG</b>	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
<b>CFA</b>	: Communauté Financière Africaine
<b>CDSMT</b>	: Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
<b>CMU</b>	: Couverture Maladie Universelle
<b>CNS</b>	: Comptes Nationaux de la Santé
<b>CPC</b>	: Consultation Primaire Curative
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CSU</b>	: Couverture sanitaire universelle
<b>CT</b>	: Court Terme
<b>CTB</b>	: Coopération Technique Belge
<b>DECAM</b>	: Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie
<b>DRAS</b>	: Direction Régionale de l'Action Sociale
<b>DRS</b>	: Direction Régionale de la Santé
<b>DRSP</b>	: Document stratégique de réduction de la pauvreté
<b>EPS</b>	: Etablissements publics de santé
<b>FBR</b>	: financement basé sur les résultats
<b>FE</b>	: Fonds d'Equité
<b>FNSS</b>	: Fonds National de Solidarité Santé
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>ICAMO</b>	: Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
<b>ICP</b>	: Infirmier Chef de Poste
<b>INPS</b>	: Initiative Nationale de Protection Sociale
<b>IPM</b>	: Institutions de prévoyance maladie
<b>IPRES</b>	: Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>IPS</b>	: Institutions de Prévoyance Sociale

<b>ISSA</b>	: Innovation et Système de Santé en Afrique
<b>LARTES</b>	: Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales
<b>LT</b>	: Long Terme
<b>MCR</b>	: Médecin chef région
<b>ME</b>	: médicaments essentiels
<b>MS</b>	: Mutuelle de Santé
<b>MSAS</b>	: Ministère de la santé et de l'Action Sociale
<b>MT</b>	: Moyen terme
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaires pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAMAS</b>	: Programme d'Appui à la Micro Assurance Santé
<b>PAODES</b>	: Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Santé
<b>PCA</b>	: Président du conseil d'administration
<b>PCR</b>	: Président du conseil rural
<b>PEV</b>	: Programme élargi de vaccination
<b>PIB</b>	: Produit intérieur brut
<b>PNA</b>	: Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour de Développement
<b>PPP</b>	: Partenariat Public Privé
<b>PSD-CMU</b>	: Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle
<b>RECOPASS</b>	: réseau communal pour la promotion de l'accessibilité aux soins de santé
<b>RGPHAE</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de L'Élevage
<b>RH</b>	: Ressources Humaines
<b>SNDES</b>	: Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
<b>SSP</b>	: Soins de santé primaires
<b>TDR</b>	: Test de Diagnostic Rapide
<b>TF</b>	: Tarification Forfaitaire
<b>UEMOA</b>	: Union Economique et Monétaire Ouest Africain
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, l'Education et la Culture
<b>USAID</b>	: Agence des Etats Unis pour le Développement International
<b>URMK</b>	: Union Régionale des Mutuelles de Kaffrine

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Conditions de réalisation de la CMU.....	15
Figure 2 : Fonctionnement d'un système de participation des usagers.....	32
Figure 3: Fonctionnement d'un système de tiers payeur.....	32
Figure 4 : Particularité du Fonds d'équité sénégalais.....	33
Figure 5: Processus d'identification et de validation de l'indigence et des personnes vulnérables.....	34
Figure 6: Carte de la région de Kaffrine.....	37
Figure 7: Taux de pénétration des mutuelles de santé bénéficiaires du FE.....	47
Figure 8 : Compatibilité entre services de la mutuelle et besoins utilisateurs à Kaffrine.....	54
Figure 9: Appréciation faite sur les mutuelles de santé par les bénéficiaires utilisateurs de service et non utilisateur à kaffrine.....	57
Figure 10 : L'évolution du taux de remboursement des quatre mutuelles pilote à Kaffrine ...	59
Figure 11: Difficultés rencontrées depuis l'enrôlement à Kaffrine.....	61
Tableau I: Dynamique fonctionnelle des mutuelles de santé à Kaffrine.....	47
Tableau II : Description SWOT (FFOM) des Mutuelles de santé bénéficiaire du FE lors de la 1ère phase dans la région de Kaffrine.....	50
Tableau III : Nombre d'adhérents et Nombre de bénéficiaires du FE à Kaffrine.....	53
Tableau IV : paquet de services offert par les mutuelles de santé à Kaffrine:.....	56
Tableau V : Appréciation des services des prestataires à Kaffrine.....	58

## SOMMAIRE

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	III
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX .....	V
SOMMAIRE .....	VI
RESUME.....	VII
ABSTRACT .....	VIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES ET INDIGENTES DANS UN CONTEXTE DE VOLONTÉ D'ACCÉDER A LA CMU .....	4
CHAPITRE II : OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET INTÊRET DE L'ÉTUDE.....	9
CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE SUR L'ACCÈS DES SOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS DÉMUNIES .....	11
CHAPITRE IV : CADRE D'ÉTUDE .....	35
CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE .....	39
CHAPITRE VI : ANALYSE EMPIRIQUE DE L'IMPACT DU FONDS D'EQUITE SUR L'ACCES AUX SOINS DES PLUS PAUVRES DANS LA REGION DE KAFFRINE .....	46
RECOMMANDATIONS.....	76
CONCLUSION .....	75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	78
TABLE DES MATIERES .....	
ANNEXES .....	
ANNEXE 1 : GRILLE D'ÉVALUATION VERIFICATION DES CRITERES DE PAUVRETE .....	

## RESUME

Les autorités affichent une volonté de garantir à tous l'accès aux soins de santé. Dans un pays comme le Sénégal, il existe une partie de la population qui malgré les politiques mis en œuvre se retrouve toujours exclu du système de soins. Le niveau de revenu souvent faible ne permet pas de à ces ménages d'assurer le paiement direct.

L'objet de ce mémoire est d'évaluer dans ce contexte de volonté politique d'aller vers la couverture maladie universelle, l'efficacité de l'expérience sénégalaise de fond d'équité dont la particularité est de reposer sur les mutuelles de santé. Le FE au Sénégal est-il un moyen efficace pour garantir l'accès aux soins de santé aux plus pauvres. Nous essayerons de voir si le modèle de ciblage des pauvres a permis de prendre en charge les vrais pauvres, de voir les revers de ce moyen de pris en charge et son impact sur le fonctionnement des mutuelles.

Pour atteindre cet objectif, nous allons analyser la mise en œuvre du fond dans la localité de Kaffrine et procéder à une vérification de l'effectivité de la prise en charge des véritables pauvres, vérification des critères de ciblage dans des familles bénéficiaires ensuite apprécier le degré de satisfaction par une enquête auprès des familles bénéficiaires et enfin voir si cette formule permettait d'assurer la viabilité des mutuelles partenaires.

Les données ont été traitées grâce aux logiciels SPSS et EXCEL. Les résultats ont montré que le modèle sénégalais de fond d'équité permet d'une part une prise en charge effective de cette couche défavorisée de la population avec une réelle satisfaction chez les bénéficiaires, d'autre part une reconnaissance de la pertinence du Fonds d'équité par le partenaire au développement qui le voit comme un modèle efficace pouvant lui permettre d'atteindre ses objectifs. Les mutuelles de santé partenaires ont trouvé en ce fond un moyen d'améliorer le paquet de soins offert permettant d'augmenter la satisfaction de leurs adhérents et aussi un moyen d'améliorer leur relation avec les prestataires tout ceci leur permet d'assurer leur pérennité.

L'analyse a été faite à partir de données recueillies grâce à des questionnaires auprès des 5 mutuelles de la région de Kaffrine, de familles et de personnes indigentes bénéficiaires et non bénéficiaires, les prestataires de services de santé. Cette analyse a été complétée par les informations recueillies auprès des responsables centraux au niveau du Ministère, au niveau de la CACMU, du PAODES, PAMAS II, les assistants techniques régionaux.

Le modèle sénégalais de fonds d'équité permet de garantir l'accès aux soins aux populations indigentes et vulnérables et apparaît ainsi comme une innovation qui est en phase avec la volonté affichée par les autorités publiques de réaliser la couverture maladie universelle.

Malgré les quelques effets pervers manquements liés à la non accès à l'information de certains indigents et prestataires et les retards de remboursements, cette expérience qui portait le soutien de la Coopération Technique Belge au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a été très concluante c'est ce qui a poussé le Ministère et d'autres acteurs comme les collectivités locales à s'appuyer sur ce modèle pour toucher d'autres indigents et tendre vers la Couverture Maladie Universelle.

## **ABSTRACT**

The authorities show a desire to ensure that everyone has access to health care. In a country like Senegal, there is a part of the population that despite political implemented finds itself still excluded from the care system .The often low income level does not allow these households to direct payment. The purpose of this paper is to evaluate in this context policy to move towards universal health coverage will, the effectiveness of the Senegalese experience of equity fund whose characteristic is to be based on mutual health. The FE in Senegal is an effective way of ensuring to the poorest the access to health care. We will try to see if the poor targeting model has to support the real poor, to see the back of this method taken care of and its impact on the functioning of mutual.

To achieve this goal, we will analyze the implementation of the background in Kaffrine locality and conduct an audit of the management effectiveness of the real poor, a verification of targeting criteria in beneficiary families then assess the degree satisfaction through a survey of beneficiary families and finally see if this formula was allowing to ensure the viability of the mutual partners.

The data were processed using the SPSS and EXCEL software. The results showed that the Senegalese model of fairness bottom allows, on one hand, an effective support of this disadvantaged part of the population with a real satisfaction among beneficiaries and, on the other hand, a recognition of the relevance equity of the Fund by the development partner which regards it as an effective model that can enable it to achieve its objectives .The mutual health partners found in bottom a way to improve the care package offered to increase the satisfaction of their members and also a way to improve their relationship with providers all this allows them to ensure their sustainability.

The analysis was made from data collected through 5 mutual health in Kaffrine region, families and indigent beneficiaries and non-beneficiaries, health care providers .This analysis was completed by some information collected from central officials in the Ministry, at the CACMU, the PAODES, PAMAS II, regional technical assistants.

The Senegalese model equity fund ensures access to care for indigent and vulnerable and thus appears as an innovation that is in line with the willingness of the public authorities to achieve universal health coverage.

Despite some shortcomings perverse effects linked to lack of access to information of some indigent and service delays in repayments, this experience was the support of the Belgian Technical Cooperation, Ministry of Health and Social Action was very conclusive is what prompted the Ministry and other stakeholders such as local authorities to build on this model to reach other needy and move towards Universal Health Coverage.

## INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est un droit pour tous, consacré par la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1945 (OMS, 2000). Mais, les situations financières défavorables sont souvent un motif d'exclusion parce que la santé a un coût. Ce qui varie les chances des individus face à la maladie et les risques d'appauvrissement qui peuvent en découler.

Les pouvoirs publics étaient les principaux garants de cet accès aux soins à travers les politiques publiques de santé dans la majorité des pays du monde. Au lendemain des indépendances, dans la plupart des pays africains, les populations ont pu bénéficier de politiques de gratuités. Malheureusement à partir des années 1970, différentes crises financières ont poussé ces Etats à se lancer dans des plans d'ajustement structurels. Ces plans ont conduit à une diminution des ressources publiques pour les secteurs comme la santé et ont favorisé l'iniquité dans l'accès aux soins de santé.

Le Sénégal a mis en œuvre des réformes ces dernières années et celles-ci lui ont permis d'obtenir un système de santé efficace, mais n'ont pas intégré le volet équité (Gibson, 2007 ; Boubou Cissé et al. 2004). Les individus et les ménages se retrouvent ainsi obligés de contribuer à l'effort financier d'accès aux soins de santé.

L'Initiative de Bamako a généralisé la participation financière de la population dans de nombreux pays en voie de développement (SADIO, 1994). Dans un souci d'équité et en réponse aux limitations de budget, la plupart des gouvernements concernés ont d'une part adopté le paiement à l'acte avec la participation des populations au financement des soins de santé, en complément des ressources publiques et d'autre part, décrété la gratuité des soins pour les plus pauvres.

Les résultats de cette politique d'exemption « par décret » ont été décevants. Les structures de santé, généralement sous-financées, ne peuvent se permettre d'octroyer trop d'exemptions. Il en résulte une exclusion financière des plus pauvres, entraînant une dégradation de leur statut sanitaire et parfois socio-économique.

Les pauvres sont touchés par les barrières financières à l'accès aux soins dues aux frais d'utilisation des services de santé. Quand leurs problèmes de santé requièrent des soins hospitaliers, ils anticipent leur exclusion, retardent leur recours à la structure de santé publique (Russell 1996) ou optent pour des alternatives plus accessibles mais de moindre qualité. Un traitement tardif ou de mauvaise qualité entraîne ces populations dans une spirale

d'endettement et de dépenses irrationnelles, cercle vicieux où la pauvreté devient une cause de mauvaise santé, qui elle-même intensifie l'appauvrissement (Meessen et al. 2003. Wagstaff 2002 ; Whitehead et al. 2001). En conséquence, les frais d'utilisation ont été inefficaces pour protéger les plus pauvres.

Beaucoup de décès dus à des pathologies évitables sont constatées chez les couches les plus vulnérables. La plupart de ces décès sont causés par des maladies transmissibles, les pathologies maternelles ou périnatales, les maladies infectieuses de l'enfant, les maladies liées au tabac et les carences nutritionnelles.

Le niveau de pauvreté influence la consommation de soins, la santé des populations et l'équité dans les soins de santé. Cette barrière doit être levée en vue d'une amélioration de l'efficacité et de l'équité dans l'accès aux soins de ces populations les plus pauvres.

Les mutuelles de santé utilisent le partage volontaire mais solidaire des risques pour financer la santé des populations. Elles assurent leur fonctionnement avec les cotisations de leurs adhérents. Ces mutuelles permettent une implication plus large d'une grande partie de la population non encore couverte par un système d'assurance maladie mais se retrouvent confrontées à des problèmes qui menacent leur viabilité, du fait qu'elles ne peuvent prendre en charge durablement les plus pauvres.

Au Sénégal, la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie (PSD-CMU) 2013-2017 du Ministère de la santé et de l'Action Sociale (MSAS), est basée autour de 4 axes d'intervention dont le développement de la Couverture Maladie Universelle de base à travers les mutuelles de santé, et le renforcement des politiques de gratuités existantes. Ce plan devra permettre au Sénégal d'atteindre un objectif de couverture d'au moins 75% de la population à l'horizon 2017.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces initiatives de gratuité, le MSAS a procédé en 2013 à une application progressive des exemptions de paiements à tous les niveaux de la structure de soins (poste de santé, centre de santé et hôpital). Deux des innovations majeures de cette approche ont été la subvention des cotisations à hauteur de 100% pour les personnes identifiées comme indigentes ; et l'extension du paquet de soins du poste de santé à l'hôpital national, à un taux de prise en charge de 80% et aux médicaments de spécialité à 50%.

Sur le plan opérationnel, cela a conduit en 2013 à un virement des subventions<sup>1</sup> aux mutuelles de santé des départements de Diourbel, Mbacké, Kaolack, Nioro, Kaffrine, Mbirkilane, Kolda et Louga d'une part ; et à une prise en charge gratuite des indigents à travers les mutuelles de santé dans les régions de Kaolack, Fatick, Diourbel et Kaffrine avec l'appui de la Coopération Technique Belge. Dans ce cadre un pré positionnement des fonds a été effectué au niveau des 14 régions médicales<sup>2</sup> (Rapport de performance CDSMT, 2013).

La couverture universelle dans le secteur de la santé est définie comme «l'accès aux interventions clés de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation pour tous à un coût abordable» (OMS 2005). Elle est fondée sur la notion d'équité dans le financement selon laquelle les contributions sont basées sur la capacité à payer plutôt que la maladie.

A l'orée du bilan des OMD dont les objectifs 4, 5 et 6 portent sur la santé et où l'accent est mis sur l'amélioration de la santé des populations, des stratégies innovantes doivent se multiplier pour une meilleure prise en charge des besoins de santé, notamment des plus pauvres ; et une bonne organisation du système de soins.

Ce qui nous amène à nous poser la question de savoir si les fonds d'équité en santé s'appuyant sur les mutuelles sont un moyen efficace d'améliorer l'équité et l'accès aux soins de santé des plus pauvres au Sénégal, permettant ainsi de pouvoir tendre vers la couverture maladie universelle. Ce système est-il viable dans sa mise en œuvre et dans la perception que les parties prenantes ont de lui.

---

<sup>1</sup>177 702 000 F CFA

<sup>2</sup> Montant du pré positionnement des fonds effectué au niveau des 14 régions médicales : 283 000 000 de F CFA.

## **CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES ET INDIGENTES DANS UN CONTEXTE DE VOLONTÉ D'ACCÉDER A LA CMU**

Tout être humain a le droit d'accéder aux soins de santé. Mais beaucoup de personnes ne profitent pas de ce droit ou se retrouvent appauvries pour avoir fait face à des dépenses de santé. Dans tous les pays en général et en particulier ceux en voie de développement, la pauvreté constitue une barrière pour l'accès aux soins et au système de santé. L'hospitalisation au coût imprévisible parce que dépendante des actes médicaux effectués, des médicaments et consommables utilisés, combinée aux frais de transport, de nourriture, de privation de revenus chez l'accompagnant, font que la plupart de ces ménages ne parviennent pas à faire face aux coûts des soins.

Dans ce contexte de ressources limitées et de pauvreté, les pays africains ont vite compris la nécessité d'adopter des politiques favorisant l'accessibilité.

Les dépenses de santé du Sénégal selon les derniers Comptes nationaux de la santé (CNS) s'élevaient à 308,377 milliards francs CFA (*CNS 2006-2008*) avec une contribution directe des ménages estimée à 41% de ce montant. Cette contribution des ménages dans le financement de la santé entraîne leur appauvrissement; et en plus une frange importante de la population n'a pas accès aux soins dont elle a besoin (UNICEF/WHO, 2006). En outre, selon le Document stratégique de réduction de la pauvreté (DRSPII-2006-2010), plus de 60% de la population sénégalaise vit en dessous du seuil de la pauvreté.

L'accessibilité économique des soins de santé est la principale question qui se pose dans la plupart des pays en développement. Dans ces pays à revenu faible, la nécessité de garantir la fourniture de soins de santé est un problème, vu le grand nombre de personnes ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour accéder aux services de santé. Dans le monde entier, plus de 100 millions de personnes basculent chaque année en-dessous du seuil de pauvreté parce qu'elles sont contraintes de payer des soins de santé. Le déni de l'accès à des soins de santé médicalement nécessaires a un impact social et économique très important en sus des effets qu'il a sur la santé et la pauvreté (rapport BIT, 2014).

La protection sociale universelle en santé garantit que tous ceux qui en ont besoin ait au moins un accès effectif aux soins essentiels. Elle constitue donc un mécanisme de toute première importance pour la réalisation de cet objectif. Elle est conçue pour alléger le fardeau que représentent les problèmes de santé, y compris le décès, l'invalidité et la perte de revenus.

La couverture par la protection sociale en santé réduit également les coûts indirects de ces états morbides tels que les années de revenu perdues à cause d'un décès, d'une invalidité de courte ou longue durée, des soins à apporter à des membres de la famille, d'une plus faible productivité ou d'une perturbation de l'éducation et du développement social des enfants. Elle joue par conséquent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté.

La question que se posent nos gouvernants est de savoir la manière dont il faut concilier protection sociale en santé et contrainte budgétaire car, dans la plupart des pays africains, la responsabilité de la prise en charge des besoins de santé des populations incombe à l'Etat.

La Déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les Soins de santé primaires (SSP) a exprimé la nécessité pour tous les acteurs de la santé à agir pour promouvoir et protéger la santé des populations. C'est dans cette dynamique que plusieurs pays ont déployé des efforts considérables pour faciliter l'accès des services de santé intégrés qui soient accessibles, abordables et de qualité; produire les ressources humaines et physiques nécessaires à cet effet; mobiliser et regrouper les recettes devant servir à acquérir des services ; promouvoir l'efficacité managériale et les actions communautaires en matière de santé, administrer et réguler le secteur de la santé par la définition de la vision et de l'orientation de la politique de santé. Malgré ces efforts, la pauvreté constitue une entrave pour le développement des services de santé. Cette situation a ralenti les progrès enregistrés dans la réalisation des OMD d'où la mise sur pieds de l'initiative nationale, régionale et mondiale sur les SSP à travers l'Initiative de Bamako (IB) en 1987.

L'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous. L'OMS a recensé cinq éléments clés pour parvenir à cet objectif :

- réduire l'exclusion, les disparités sociales dans le domaine de la santé et intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques);
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services);
- suivre des modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes dans la direction);
- et augmenter la participation des acteurs concernés.

L'IB est une approche pour la participation des communautés au financement et à la prise des décisions des activités de santé pour générer un revenu suffisant pour couvrir les coûts de fonctionnement, mais également impulser une mobilisation en faveur des soins de qualité gage d'un développement économique et social. L'initiative a pour objet de revitaliser les systèmes de santé pour une extension du réseau de SSP, le développement des médicaments essentiels (ME), la mise en place d'un financement communautaire et du contrôle de la gestion par la communauté. Ceci devait permettre de diminuer la fracture qui existe dans l'offre de soins entre les villes et les campagnes et ainsi d'atteindre l'objectif défini à Alma Ata de " la santé pour tous en l'an 2000 ".

Lors de la mise en œuvre des SSP, il est apparu que le financement était souvent un frein à " la Santé pour tous en l'an 2000 ". Le recouvrement des coûts était la clé de voûte de l'initiative. Différents systèmes de paiement ont été mis en place tels que le paiement à l'acte, le paiement forfaitaire, etc.

L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas produit tous les effets escomptés (efficacité versus équité). En effet, si dans certains pays, on estime que l'IB a contribué à améliorer l'utilisation globale des services de santé primaires et le recours aux soins notamment chez la plupart des femmes et des enfants, les conséquences du recouvrement des coûts ont abouti dans d'autres pays, à la fin de la gratuité des soins.

L'exonération pour les patients les plus démunis est prévue par la loi dans plusieurs pays, avec réattribution de fonds publics, mais sur le terrain, la question de l'accès aux structures de soins de ce type de patients reste largement posée. Un nombre important de patients indigents renonceraient ainsi aux soins. Une diminution du taux d'utilisation des services semble avoir été observée dans certaines zones géographiques. De nombreux patients indigents ne seraient pas identifiés alors que l'existence de niveaux d'indigence semble bien réelle, y compris dans un contexte global de pauvreté important. Cette question de l'exclusion des soins pour les patients indigents est préoccupante. Le problème de l'efficacité du principe de participation communautaire est également soulevé.

Par ailleurs, le recours à l'assurance sociale est souvent resté marginal en Afrique subsaharienne, dans un contexte d'économie essentiellement informelle. Des formules de micro-assurances ont vu le jour. L'obligation d'assurance a été mise en place dans certains

pays pour le secteur formel, l'assurance restant volontaire pour le secteur informel. Plusieurs pays ont entériné le principe d'une assurance-maladie universelle (couverture universelle) mais celle-ci n'est souvent pas opérationnelle ou généralisée. Elle pose des problèmes de financement difficiles à surmonter, représentant un défi pour de nombreux pays. La culture démocratique, ou son absence, ne sont probablement pas sans influence sur la manière de traiter les questions éthiques correspondantes à cette politique.

Au plan national, il est noté un engagement au plus haut niveau avec la volonté du Chef de l'Etat du Sénégal d'aller à la Couverture Maladie Universelle (CMU), afin d'assurer à toute la population un accès aux soins au moindre risque financier. La CMU apparait comme une réponse pertinente à l'accélération de l'atteinte des OMD-Santé. C'est un moyen sûr pour atteindre et améliorer ces OMD. La déclaration du millénaire, adoptée par 191 pays en 2000, vise un partenariat international portée par une vision partagée de développement humain durable. L'orientation majeure des politiques sanitaires est la Couverture sanitaire universelle (CSU) pour la région africaine depuis la Déclaration de Tunis de juillet 2012, renforçant la résolution de l'Association des mutuelles du Sénégal (AMS) de 2005.

La couverture universelle est d'autant plus importante que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme stipule en son article 22 que "Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays".

Les sources de financement peu efficaces constituent la partie la plus importante dans le processus d'accès aux soins de santé. Le financement de la santé au Sénégal et dans les autres pays de l'espace UEMOA a connu une série de mutations depuis les années d'après les indépendances où les pouvoirs publics supportaient pour une grande partie le coût de la santé. Face aux effets collatéraux du paiement direct et la participation communautaire instaurés par l'initiative de Bamako que sont la diminution de la fréquentation des centres de santé par les plus pauvres, l'appauvrissement des individus et des ménages par les dépenses de santé, les gouvernants et les sociétés civiles sont passés ces dernières années aux mécanismes de prépaiement.

Au Sénégal, les Institutions de prévoyance maladie (IPM) du fait de l'organisation du secteur formel et les assurances privées à but lucratif, semblent être à la hauteur de la mission de couverture maladie de leur population cible. Par contre, les mutuelles qui sont appelées à la couverture de plus de 80% de la population sénégalaise semblent ne pas être à mesure de réaliser cette mission de couverture.

Les mutuelles en général pour les personnes évoluant dans le secteur informel de l'économie et celles habitant les zones rurales, l'assurance privée combinées aux mesures de la protection sociale prise par les pouvoirs publics arrivent à peine à offrir une couverture maladie à 20% de sénégalais. La plus grande partie de la population (les 80%) souvent pauvre et vivant en zone rurale ne bénéficie d'aucune protection et doit faire face à une insécurité en matière de santé redoutant les dépenses lors de la survenue de maladies. La Couverture maladie prenant en compte un système de formalisation et de revitalisation des mutuelles de santé est nécessaire pour contourner efficacement la barrière financière qui reste un obstacle pour le plus grand nombre des ménages.

Au Sénégal, il y a deux mouvements qui n'ont pas été simultanés dans la mise en place de la CMU. Il s'agit de la mise en place des mutuelles de santé, et des initiatives de gratuité et de prise en charge des personnes vulnérables.

Le premier mouvement est ancien, non probant parce que confronté au problème de faibles moyens économiques des personnes concernées et une faible implication des autorités dans le fonctionnement des mutuelles. Le deuxième mouvement plus récent, a connu deux phases. D'abord, une phase de développement anarchique avec des prises d'initiatives mal organisées, mal contrôlées pour garantir l'accès aux soins à certaines couches de la population. Ensuite, une phase de restructuration centrée notamment autour des préoccupations d'accès aux soins des pauvres. Dans cette phase, il y a eu des projets novateurs dont le projet du Fond d'Equité (FE) qui aurait produit de bons résultats mais qui n'est pas encore systématisé sur toute l'étendue du territoire même si les ambitions politiques semblent vouloir aller dans ce sens en tendant vers la CMU.

La contribution de cette recherche est de montrer en s'appuyant sur les expériences passées, l'approche qui permettrait à la CMU d'atteindre de meilleurs résultats en mettant en évidence les enseignements liés aux résultats des expériences spécifiques dans les régions centre du pays.

## **CHAPITRE II : OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE**

### **1- Objectifs général et spécifiques**

L'objectif général de cette étude est de renseigner sur l'efficacité du système « Fonds d'équité-Mutuelle de santé » dans la prise en charge des besoins de santé des personnes les plus pauvres en vue de la CMU.

Sa finalité est de contribuer à une meilleure compréhension du fonds d'équité dans la prise en charge des personnes les plus pauvres au Sénégal dans le cadre de la CMU.

La question de recherche de ce mémoire est la suivante : le fonds d'équité est-il un moyen efficace pour garantir l'accès aux soins de santé des personnes indigentes et faciliter l'avènement de la couverture maladie universelle ?

De plus, cette étude vise spécifiquement à :

- Analyser la pertinence des critères de ciblage, l'effectivité de la prise en charge des vrais indigents et la perception que ces derniers ont du FE ;
- évaluer l'impact du fonds d'équité sur le fonctionnement des mutuelles de santé ;
- apprécier les effets du fonds d'équité sur l'engagement politique des autorités nationales et régionales et sur les résultats par rapport à la couverture maladie universelle.

### **2- Hypothèses de l'étude**

Pour mener à bien cette étude, deux hypothèses sont formulées comme suit :

#### **❖ Hypothèse 1:**

Le fonctionnement des mutuelles de santé est amélioré avec l'avènement du fonds d'équité.

#### **❖ Hypothèse 2**

La synergie « FE – Mutuelles » facilite l'accès à la CMU par la prise en charge des soins de santé des plus pauvres.

### **3- Intérêt de l'étude**

Les intérêts de cette étude sont appréciés sous plusieurs angles. Entre autres, elle permettra de susciter la réflexion, d'éveiller la conscience politique au sujet de ce nouveau mode (FE-Mutuelles) de prise en charge effective des plus pauvres. En outre, elle contribuera à approfondir les connaissances sur les FE de manière général en tant que moyens de couverture maladie des personnes les plus pauvres souvent non pris en charge par le système de soins malgré les différentes politiques élargissant ainsi la gamme d'expériences organisationnelles de la couverture maladie. Elle donnera aussi de savoir dans quelle mesure le FE peut constituer un moyen d'assurer la viabilité des mutuelles de santé et de proposer des recommandations pour l'extension de ce modèle au niveau national comme moyen pour les pouvoirs politiques de toucher la couche la plus pauvre de la population.

## **CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ACCÈS DES SOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS DÉMUNIES**

### **1- L'équité d'accès aux soins de santé en Afrique**

Le Grand (1978, 1982) ; Wagstaff et al. (1989, 1991b, 1993) ; Van Doorslaer et al. (2000) ont mesuré l'inégalité de santé et l'iniquité dans l'utilisation des soins de santé. Ces inégalités ont été généralement mesurées entre des groupes de revenus différents, des classes sociales différentes et des groupes socio-économiques différents.

En Afrique, la plupart de ces études ont concerné l'impact de la politique de l'initiative de Bamako (IB) sur l'utilisation des services de santé. Nous avons d'une part l'approche socio-anthropologique, et d'autre part l'approche économétrique de la mesure de l'équité. La première approche est basée sur le principe selon lequel la communauté définit ses propres critères d'équité. A ce sujet, on peut citer les études de Ridde réalisées au Burkina Faso en 2005, et d'Ouendo menées au Bénin en 2004.

Les analyses de la mise en œuvre des réformes sanitaires aboutissent toutes à la même conclusion: l'aspect équitable des politiques publiques de santé a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs se sont concentrées sur l'efficacité des politiques mises en place (Gilson, 1997).

De même, plusieurs études ont constaté qu'en Afrique, l'équité au sein du système de santé est devenue un but secondaire laissant la priorité à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience (Leighton, 1995). Aussi, malgré les discours de ces dernières décennies, les plus pauvres n'ont toujours pas accès aux services de santé. Pour comprendre cette dérive, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que l'échec de la mise en œuvre de ces politiques en ce qui concerne leur objectif d'équité s'explique notamment par le fait que l'absence d'équité n'a jamais été perçue comme un problème de santé publique en Afrique (Ridde, 2004).

En se basant sur la part de la valeur accordée à l'équité, une étude a été menée sur l'accès aux soins de santé au Burkina Faso (Ridde, 2004) et elle montre que dans la culture « mossi », il semble persister une croyance selon laquelle il existerait une inégalité consubstantielle des rapports entre les individus, constituant le fondement de la vie sociale.

Au Burkina Faso, les acteurs sont plus préoccupés par l'accès aux soins de tous que par celui des plus pauvres et des indigents. La notion de besoin est rarement prise en compte pour porter un jugement sur l'accès aux soins.

L'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains. La mobilisation du principe de l'équité verticale qui postule un accès différent pour des besoins différents n'est pas envisagé.

De plus, d'une manière générale, les acteurs sociaux étudiés ne sont pas prêts à compromettre la stabilité et la paix sociale de tous afin d'intervenir en faveur des indigents ou des plus démunis. Selon eux, cette société et les inégalités, telles qu'elles sont aujourd'hui, ont été créées par Dieu, et il n'est pas facilement admis que l'on puisse aller à l'encontre d'un ordre divinement établi (Ridde, 2006).

L'approche économétrique de la mesure de l'équité a été utilisée dans plusieurs études notamment celles de Gertler et al. (1987, 1990) menées en Côte d'Ivoire et au Pérou ; de Sauerborn et al. (1994) réalisées au Burkina Faso, de Li (1996) menées en Bolivie et de Perrin H. (2001) réalisées en Côte d'Ivoire. Pour ces auteurs, l'impact du système de paiement par les usagers est considéré comme inéquitable s'il réduit l'utilisation des services de soins proportionnellement davantage pour les pauvres que pour les riches. L'impact du prix sur l'utilisation des services de soins est évalué par des élasticités-prix, obtenues grâce à l'estimation d'une fonction de la demande de soins, et calculées dans différents groupes de niveaux de vie.

Analysant « les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants » au Burkina Faso, Haddad et al, ont montré qu'en zone rurale, les plus pauvres utilisaient moins souvent et plus tardivement les services publics de santé. De même ils ont trouvé que les femmes utilisaient moins souvent les services publics de santé et que les plus pauvres (parmi les femmes) ont trois fois moins de chances de recourir aux services d'un professionnel de santé (public ou privé) pendant leur épisode de maladie. Ces études ont montré que la pauvreté conditionne la disposition à payer pour les services de santé et l'inégalité d'accès aux soins apparaît injustifiée si elle défavorise les plus démunis. En outre, il est ressorti que la tarification des services de santé est source d'exclusion et d'iniquité et cela a été maintes fois démontré tant au Burkina Faso qu'ailleurs en Afrique (Haddad et Fournier, 1995 ; Ridde, 2005).

Des résultats similaires à ceux de Haddad, ont été obtenus par le projet « Equité et qualité de l'accès aux soins » dans cinq capitales en Afrique de l'Ouest (UNICEF et Gobbers, 2000). Par exemple, Gobbers révèle que 45,5% des démunis n'ont jamais fait appel à la médecine moderne au cours de leur itinéraire thérapeutique contre 31,7% des plus riches à Dakar. Les démunis recourent davantage à l'automédication que les plus riches.

Il retient en fin de compte que la qualité des prestations ressort, à côté du prix, comme une variable déterminante dans la demande de soins.

Par contre, l'étude de Talani et al. (2008), montre que la tarification semble ne pas être une barrière à l'utilisation des services de santé à condition qu'il y ait une bonne information et une bonne commodité d'une part, d'autre part la disponibilité de personnels qualifiés, de ressources matérielles au niveau des centres de santé. En effet, son étude montre que 55,9% des ménages ont eu recours à un centre de santé en cas de maladie. En plus de ceux qui ont recours à un centre de santé, cité plus haut, 31,2% ont eu recours à des structures médico-sociales autres que les centres de santé, et 12,9% à un hôpital. La tarification des soins joue un rôle clé dans l'accessibilité aux services et aux soins. L'auteur montre que 88,4% des chefs de ménages trouvent que les tarifs sont abordables, contre seulement 11,6% qui les qualifient de très élevés. C'est sûrement ce qui explique le bon taux d'utilisation des services de soins modernes. Dans tout système de santé, lorsque les tarifs sont jugés élevés et dépassent le pouvoir d'achat des individus dans la communauté, les soins et les services deviennent inaccessibles aux plus défavorisés. Le niveau d'équité dépend fortement du pouvoir d'achat et/ou du niveau d'implication de la communauté dans les décisions relatives à la tarification des soins.

Pour évaluer l'impact en termes d'équité d'une modification du prix sur la demande des services de santé, Perrin (2000) utilise plusieurs groupes de niveaux de vie issus de données d'enquête de ménages effectuée sur un échantillon représentatif de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire). Ses résultats se fondent sur l'estimation d'une fonction de demande à l'aide d'un modèle logit. L'auteur aboutit au résultat que la tarification des actes a un impact négatif sur l'utilisation des soins, et que cette sensibilité au prix diminue lorsque l'on monte dans l'échelle des revenus.

La demande de soins de santé est donc plus élastique au niveau de revenus les plus bas (le quintile de revenu le plus faible).

## 2- Couverture santé universelle

### ❖ Historique

La Couverture Santé Universelle (CSU<sup>3</sup>) est l'accès par tous aux soins essentiels de qualité selon leurs besoins, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou du lieu où ils habitent et qu'ils soient en mesure d'utiliser ces services. Avec la CSU, chacun peut accéder aux services de santé sans devoir craindre de graves répercussions financières liées au paiement des soins. Elle lève les entraves à la consommation médicale et annihile les risques pour la santé.

La déclaration du millénaire, adoptée par 191 pays en 2000, vise un partenariat international porté par une vision partagée de développement humain durable et une orientation majeure vers la Couverture Santé Universelle (CSU). La résolution des Nations Unies sur la CMU au cours de la 67<sup>ème</sup> Assemblée générale du 06 décembre 2012 ; la résolution sur la formation du personnel de santé sur la CMU à la 66<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé (du 20 au 28 mai 2013) ; l'engagement de la Banque Mondiale à faire du concept de « Prospérité partagée » une réalité ; le règlement UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale dans l'espace de l'Union, sont les éléments de contexte de la CMU.

Le Sénégal est partie prenante des efforts en cours pour créer un environnement favorable à l'extension de la couverture du risque maladie. Le Mouvement international pour la promotion de la CMU dans les pays pauvres s'est amplifié au cours de ces dix dernières années. Les progrès notés dans certains pays de la région Afrique notamment au Rwanda et au Ghana sont cités comme exemples pour montrer que la CMU est possible. Le plaidoyer international pour que la CMU constitue la trame de l'agenda international en matière de santé est à l'ordre du jour et la question risque d'être au cœur des débats lors de l'évaluation des OMD au terme de 2015. Au niveau international, la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2005 à l'unanimité une résolution qui urge les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité. Les Chefs d'Etat Africains se sont engagés à allouer au moins 15% de leur budget national pour l'amélioration du secteur de la santé.

En 2012, la session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le 06 décembre 2012 une résolution sur la CMU. Dans cette résolution, l'Organisation mondiale de la Santé est

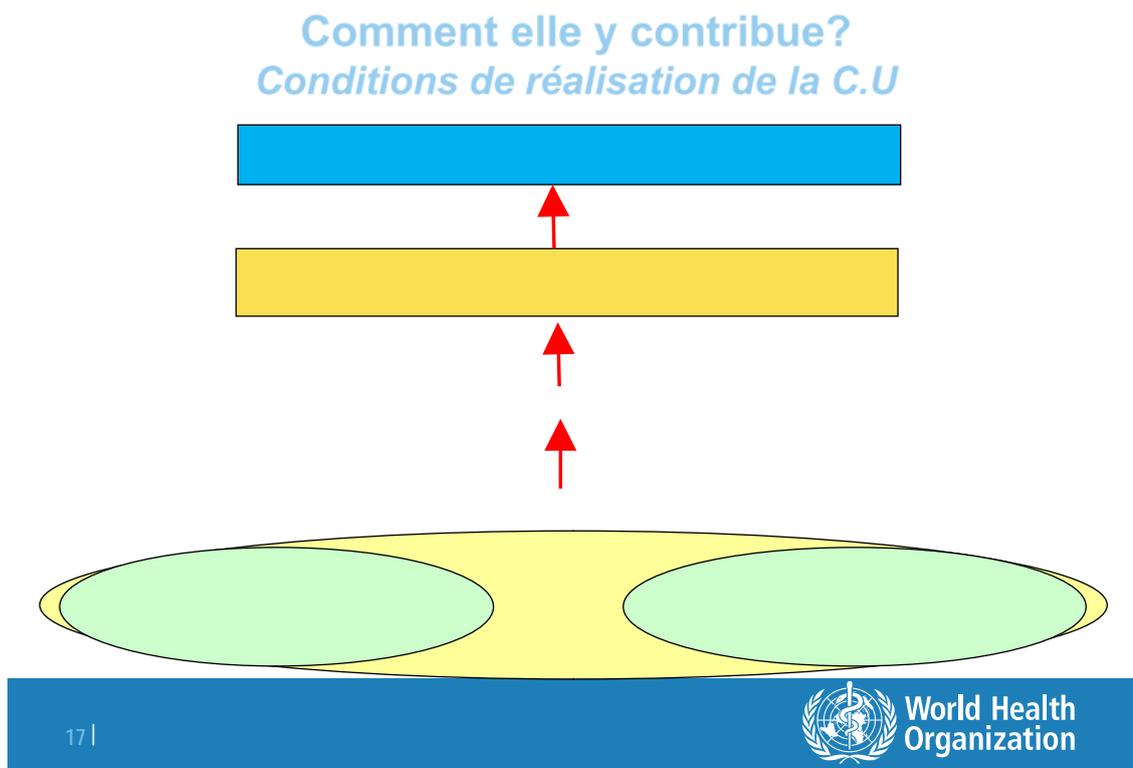
---

<sup>3</sup> Les termes CSU et CMU sont indifféremment utilisés dans ce mémoire.

considérée comme l'organisme chef de file et le système des Nations Unies joue un rôle important dans la promotion des questions de santé au sein des différentes instances internationales ainsi que dans l'appui accordé aux États Membres pour relever les défis posés par la mise en place de la couverture sanitaire universelle. Par ailleurs, l'Assemblée générale dans le cadre de cette résolution précise que les gouvernements ont la responsabilité d'intensifier rapidement et considérablement leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables.

Au Sénégal, la volonté politique au plus haut niveau de voir le pays aller à la CSU avec l'organisation de concertation nationale sur la santé et l'action sociale avec pour thème principal « La Couverture Maladie Universelle » (18 et 19 Janvier 2013) ; l'organisation d'un Conseil interministériel sur la CMU (12 avril 2013) ; l'élaboration d'un plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle 2017, est une opportunité fort appréciable pour opérationnaliser la CMU.

❖ **Trois problèmes à régler pour réaliser ces trois objectifs**



Source : Présentation Dr Farba Lamine Sall OMS

**Figure 1** : Conditions de réalisation de la CMU

Pour réaliser les objectifs de la CMU, il faut adresser les problèmes suivants :

- l'insuffisance des fonds (moins de 15% du Budget et moins de 44 US Dollars par tête) ;
- le Paiement direct (Barrière à l'accès, Faiblesse de l'AMU) ;
- l'inefficience (20 à 40% dans les pays pauvres Rap Santé dans le Monde OMS 2010)

Pour améliorer la production et mieux la distribuer il faut définir et mettre en œuvre un Paquet de services intégré et adapté à tous les niveaux du système de santé (interventions de santé démontrées efficaces), réviser la carte sanitaire (plus de Ressources humaines, plus d'infrastructures, plus d'équipements, mieux répartis), inciter plus à la couverture des zones difficiles (primes, autres motivations) et à la production (FBR, Primes, PPP), accroître la productivité et la qualité (adhésion des acteurs, travailler plus et mieux, trêve sociale), améliorer la gestion des intrants, objectif: zéro rupture en médicaments.

Pour réduire les risques financiers liés à la santé il faudrait bannir ou minimiser le paiement direct par l'utilisateur au point de prestations de service, développer l'assurance maladie sous toutes ses formes, y compris les complémentaires par de fortes incitations, opter pour l'assurance maladie obligatoire pour avancer vers la CMU (approche graduelle), subventionner les cotisations à l'assurance pour les indigents mieux ciblés au niveau des collectivités locales, (gratuité pour l'indigent, soins subventionnés, mais contrepartie financière pour la structure de soins pour la pérennité de la qualité et de la continuité des prestations), contrôler la qualité et la tarification des prestations.

Pour limiter les risques qui affectent la santé, il faut contenir la charge de morbidité (Déterminants de la santé/ Promotion-Prévention), prendre en charge des déterminants de la santé en nouant une alliance avec les ministères impliqués pour faciliter une approche multisectorielle par le biais du dialogue politique en santé et promotion de la santé, et renforcer la prévention au niveau des programmes (Comportement sain) pour réduire les maladies évitables et leurs coûts.

#### ❖ Des conditions pour mieux avancer vers la CSU

Pour mieux avancer vers la CSU, il faut aussi un paquet de prestations de base et de première référence évolutif (Base : OMD), une redéfinition de la carte sanitaire en évaluant les gaps et en ayant un plan de marche, un renforcement du système de santé. Il faut en outre veiller à la qualité des prestations, l'accroissement du financement de la santé en allant au-delà de

l'espace fiscal, l'exploration du potentiel de l'espace financier, l'amélioration de l'efficacité de la dépense en évitant les pertes de recettes, la séparation des fonctions de vendeur et d'acheteur et enfin une gouvernance forte, assurant une bonne coordination d'une multisectorialité mettant en valeur les avantages comparatifs des différents acteurs (Expertise, Synergie, GAR/Recevabilité).

Si tout ceci est mise en œuvre, on devrait s'attendre à ce que la santé soit mieux distribuée dans le pays et qu'elle devienne financièrement accessible à toute la population. Les ressources financières et humaines en particulier sont accrues et mieux utilisées, les risques financiers liés à la maladie sont amoindris pour le plus grand nombre, les risques qui affectent la santé sont réduits et l'équité d'accès aux services est améliorée.

### **3- Mutualité, assurance et CMU au Sénégal**

Les dépenses lors de l'utilisation des services de santé aussi bien publics que privés et payées par les plus démunis notamment constituent un facteur de non-utilisation de ces services; ce qui engendre une iniquité réelle dans l'accès aux soins de santé.

C'est ce qui a conduit à la mise en place d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) avec inscription d'une ligne budgétaire de 10 milliards de FCFA pour l'année 2013, pour le financement des programmes suivants : les bourses de sécurité familiales et la couverture maladie universelle.

Cette Couverture Maladie Universelle devait permettre à tout citoyen sénégalais d'accéder à des soins de santé de qualité à des coûts abordables, au moment où il en aura besoin.

Les mesures à prendre pour étendre significativement la couverture maladie parmi la population sénégalaise sont adossées aux cadres de politiques au plan international et national qui sous-tendent les décisions gouvernementales en matière de couverture maladie.

Le développement de cette CMU va s'appuyer sur la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie adopté en 2008 dont l'objectif est de porter le taux de couverture en assurance maladie de 20% à 50% en 2015. Elle est basée sur la Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques dont les principales orientations sont intégrées dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017) à travers son Axe 2 : Accélération de l'accès aux services sociaux de base, protection sociale et développement durable.

Par ses objectifs stratégiques, la SNDES 2013-2017 envisage d'étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé, l'amélioration des mécanismes de ciblage et la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation, la mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées et l'extension de la gratuité en soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables.

Conçue après mure réflexion et bâtie autour d'un consensus à la suite d'une large concertation inclusive, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie s'appuie sur le principe que l'accès aux soins de santé relève d'un droit dont l'exercice est garanti par la Constitution sénégalaise. Elle est sous-tendue par le développement progressif d'un système de protection contre la maladie des populations vulnérables et la promotion des mutuelles de santé communautaires qui sont, à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise.

Considérée comme un outil essentiel pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, la Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie au Sénégal, comprend trois axes stratégiques :

- (i) la réforme des politiques de gratuité des soins de santé pour les rendre plus pérennes en mutualisant les ressources qui leur sont destinées à travers la création d'un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) ;
- (ii) la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) à travers la mise en place d'une Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) et d'un fonds de garantie ;
- (iii) l'extension de la couverture du risque maladie aux secteurs ruraux et informels à travers les mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation à travers la mise en œuvre du projet « Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie dans le Contexte de la Décentralisation » (DECAM).

Depuis son adoption en août 2008, la mise en œuvre de cette Stratégie n'a démarré qu'à partir de 2011, faute de financements conséquents de la part de l'Etat. Aussi, les partenaires techniques et financiers n'ont pas accompagné leur développement même si nombre parmi eux ont manifesté leur volonté à contribuer à son financement.

Compte tenu du nouveau contexte et slogan politique, le cadre offre l'opportunité de réactualiser les propositions antérieures et les travaux et réformes en cours axés sur l'extension de la couverture du risque maladie et surtout de les replacer dans une perspective plus large qui englobe toutes les couches sociales sénégalaises et en particulier les démunis qui sont laissés pour compte.

#### **4- Etat des lieux de la CMU au Sénégal**

Au Sénégal, seulement une minorité de la population bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes.

##### **❖ Le régime d'assurance maladie obligatoire : IPM et régime des agents de l'Etat**

Les Institutions de Prévoyance Maladie ont été créées par le décret 75-895 du 14 août 1975 conformément aux dispositions de la loi cadre 75-50 du 3 Avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale (IPS) pour assurer la couverture médicale des travailleurs du secteur privé et aux membres de leurs familles.

La contribution des IPM au financement de la santé est loin d'être négligeable et « les comptes nationaux base 2005 révèlent qu'elles assurent 58% des recettes des pharmacies privées et des opticiens ; 48% de celles des labos biomédicaux et 51% des cabinets privés en ambulatoire. ».

Les IPM participent donc à la rentabilisation de l'investissement dans le secteur médical et concourent également à la résorption du chômage des médecins ; pharmaciens et autres professionnels de santé.

Les IPM étaient confrontées depuis de longues années à des difficultés structurelles relatives à la gouvernance et la gestion, le manque d'équité verticale, l'absence de solidarité entre membres au sein des IPM, la fragmentation du dispositif d'assurance maladie obligatoire et la fermeture de certaines entreprises qui entraîne des difficultés de prise en charge médicale des travailleurs.

Pour pallier ces difficultés, un plan de réforme a été initié pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système d'assurance maladie obligatoire. Cette réforme devait s'articuler autour de trois axes principaux à savoir :

- La réactualisation du cadre juridique des IPM afin d'adapter leurs paramètres techniques au contexte économique et social actuel déjà concrétisé par la signature du nouveau décret portant n° 2012 – 832 du 07 août 2012 relatif à l'organisation et fonctionnement des IPM;
- la réforme institutionnelle à travers la mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO), unité de coordination, d'assistance et de contrôle des IPM (projet en cours) ;
- la réforme de la gouvernance et du suivi des IPM avec la mise en place du fonds de garantie et de solidarité des IPM, le renforcement des capacités des acteurs etc.(en cours).

Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents non fonctionnaires de l'Etat ainsi que leurs familles est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce système est financé par le budget de l'Etat (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux ; les médicaments sont à la charge du malade. Environ trois cents mille (300 000) bénéficiaires (66 000 agents et leurs ayants-droits) sont couverts à travers ce système.

#### ❖ **L'Institution de prévoyance retraite du Sénégal - IPRES**

L'IPRES dans le cadre de la continuité de la prise en charge des salariés a mis en place depuis 1982 un dispositif qui comprend un centre médico-social à Dakar avec des antennes régionales et une prise en charge hospitalière par le billet de lettre de garantie.

Ce système de l'IPRES couvre environ cent dix mille (110 000) allocataires et leurs familles avec un budget annuel de 1,2 milliards de FCFA.

#### ❖ **Mesures de gratuité**

La politique nationale du Sénégal a pour option fondamentale « la satisfaction des besoins de santé de toute la population, qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural ».

C'est ainsi que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), plus que par le passé, accorde la priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé en basant sa politique de santé sur les soins de santé primaires et en prenant

en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé (PNDS, 2009-2018).

Des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociales démunies et en difficultés, permettent aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques (KONE, 2012).

L'assistance médicale concerne les services de santé subventionnés par l'état et mises en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, et tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Ces politiques de gratuité concernent notamment :

- (i). les accouchements et césariennes ;
- (ii). la gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- (iii). l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux.

En plus, certaines affections à soins coûteux font l'objet de subventions pour abaisser leurs coûts de traitement (diabétiques, cancer, insuffisance rénale, etc.).

Toutes les initiatives de gratuités et de subventions répondent certes à leur objectif en termes d'augmentation de la consommation des soins et d'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour les accouchements et les césariennes). Mais le score aurait pu être amélioré si les médicaments et les Kits de césarienne étaient aussi gratuits. On a également noté une augmentation de la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir en urgence (réduction du temps d'attente) et une augmentation de l'équité face aux soins.

#### ❖ **Plan Sésame**

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, seules 30% bénéficient d'une prise en charge en cas de maladie en l'occurrence les retraités de l'Institut de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) et du Fond national retraite (FNR). Le plan Sésame a offert aux 70% restants soit 450 000 personnes du troisième âge d'accéder gratuitement à des soins. La gestion est assurée par le Bureau de la santé des Personnes Agées de la Direction Générale de la Santé en partenariat avec l'IPRES, le FNR, la Faculté de Médecine de l'UCAD et les Associations de Personnes âgées.

Le non-respect de la référence et contre référence, les abus constatés de la part des bénéficiaires et le non-respect des procédures du Plan par les EPS qui n'ont pas un système de facturation adaptée constituent les principales contraintes liées à la gestion du plan SESAME.

Par ailleurs, les structures de santé éprouvent parfois des difficultés à fournir les médicaments et prescrivent des ordonnances que la personne âgée doit acheter dans les officines privées.

Les médicaments spécifiques aux personnes âgées ne sont pas encore intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels de la PNA. Les remboursements des Districts en médicaments accusent une lenteur préjudiciable à la prise en charge des bénéficiaires. Cette lenteur est en rapport avec la faiblesse de l'encadrement de la gestion du Plan et les ruptures de stocks de médicaments à la PNA. La vérification du coût des prestations offertes aux personnes âgées ainsi que la régularité des pièces justificatives donnent lieu à des contentieux (rejet de certaines factures). Un hôpital dont la facture présentée pour paiement n'est pas validée peut être confronté à des difficultés. Enfin, les financements alloués sont nettement insuffisants conformément à l'évaluation à mi-parcours du plan Sésame, ce qui est à l'origine d'une dette cumulée de 4,7 milliards que le Plan Sésame doit aux différentes structures sanitaires du pays.

Cependant, les expériences tirées de la mise en œuvre de ce plan ont montré sa pertinence et il convient d'en assurer sa pérennisation par des mesures appropriées au vu des dysfonctionnements bien identifiés. Ainsi, pour une rationalisation des fonds Sésame, en vue d'une prise en charge optimum des personnes âgées sans couverture médicale, il est nécessaire d'inciter les autorités de l'IPRES à renforcer la prise en charge de ces allocataires et de modifier le décret 72-215 du 07 mars 1972 pour permettre aux retraités du FNR d'avoir une imputation budgétaire au 5/5.

#### ❖ **Accouchements et césariennes**

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles, en raison de son impact sur le développement du pays, constitue le défi majeur du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018). L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour le couple mère/enfant nécessite un accroissement de la couverture sanitaire notamment en zone rurale.

Le Sénégal a entrepris depuis 2005, des initiatives de gratuité des accouchements et des césariennes dans 5 régions pilotes considérées comme les plus pauvres et les plus difficiles d'accès du pays. L'initiative pour la gratuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle.

En effet, le Gouvernement du Sénégal, conscient que le bien-être de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans est un indicateur de développement du pays, a décidé ainsi de mettre en œuvre la gratuité des soins pour ces cibles vulnérables.

En 2006, la gratuité des césariennes a été étendue dans tous les hôpitaux du Sénégal sauf à ceux de Dakar. La généralisation de la gratuité des césariennes est effective à partir de 2011 grâce à l'intégration des Etablissements publics de santé (EPS) de la banlieue de Dakar.

La politique de subvention des Kits d'accouchement et de césarienne est mise en place pour garantir une accessibilité financière aux populations les plus pauvres. Ainsi, la mise œuvre de ce dispositif dénote d'un souci d'équité dans l'offre de soins notamment en direction des personnes vulnérables.

Les différentes supervisions réalisées depuis 2007 ont montré une augmentation du taux d'utilisation des services, et en conséquence une diminution du nombre de mort-nés frais et une réduction des accouchements à domicile. Au demeurant, certaines difficultés et contraintes ont été soulevées, à savoir : (i) une irrégularité dans la dotation des kits, (ii) le retard à la mise à disposition des fonds pour assurer le remboursement dans les délais et (iii) la persistance de la politique de recouvrement des coûts pour les actes déjà subventionnés.

Malgré tout l'utilisation des services reste encore faible du fait d'une demande de soins non exprimée à cause de nombreux facteurs : socioculturels, le faible pouvoir de décision des femmes, la fatalité qui fait que nous acceptons encore de voir la femme mère de famille mourir malgré les conséquences désastreuses pour les enfants, le mari et la famille de façon générale ; l'inaccessibilité financière aux coûts des prestations avec une exclusion de la femme du fait de son faible pouvoir d'achat surtout en milieu rural et périurbain ; manque de moyen de transport adéquat.

En pratique, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de césarienne, l'Etat prend en charge les kits de césarienne. Un remboursement de 55.000 FCFA par césarienne est octroyé aux formations sanitaires. Pour bénéficier de remboursement, les formations sanitaires envoient au Ministère de la santé un point de situation sur les cas réels et le Ministère de la santé procède aux paiements. Il est à noter les abus dans le reportage des cas facilités par l'absence d'un manuel de procédures.

En conclusion, avec une moyenne mensuelle qui approche le nombre de mille cas de césariennes dans les vingt Établissements publiques de santé du programme de gratuité, les résultats de la mission confirment sans aucun doute, le constat effectué lors de la supervision

réalisée en janvier 2007, sur l'augmentation du taux de fréquentation des services. Cette augmentation du taux de fréquentation des services concerne aussi le monde rural et est vérifiable à partir d'une lecture sommaire de la provenance des bénéficiaires sur liste détaillée.

Au demeurant, du fait du succès enregistré, la continuation de la politique de gratuité nécessite la mise en place de procédures minimales, pour garantir la bonne utilisation des ressources supplémentaires qui sont requises pour couvrir les besoins.

Pour la cible des enfants 0-5 ans:

#### **❖ Gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans**

Pour la cible des enfants 0-5 ans, les initiatives de gratuité ont débuté dans les années 1990 avec le Programme élargi de vaccination (PEV), puis se sont étendues à d'autres programmes parmi lesquels : la gratuité des ACT et TDR, les ARV, les antituberculeux, les Aliments Thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage etc.

Il s'agira pour la cible du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans d'assurer la prise en charge gratuite des soins essentiels et des affections prioritaires les plus morbides et les plus meurtrières (palu grave, IRA, diarrhée, malnutrition et affection néonatale).

Globalement, toutes les initiatives de gratuités et de subventions améliorent les indicateurs de santé (surtout pour les accouchements et les césariennes), la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir en urgence (réduction du temps d'attente) et une augmentation de l'équité face aux soins.

#### **❖ Les autres politiques de gratuité**

La Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité pour améliorer l'état sanitaire des personnes démunies sans couverture médico-sociale. Les paquets de services concernent tous les actes médicaux prescrits par le médecin traitant et ils sont offerts par la structure hospitalière partenaire (consultations, imageries médicales, analyses, hospitalisation, interventions chirurgicales, soins médicaux...) à l'exception des frais d'ordonnances. La source de financement est étatique avec un budget en baisse d'année en année (140 millions en 2010, 60 en 2011 et 40 en 2012). Mais depuis 2013, avec l'intégration de l'action sociale au ministère de la santé et l'érection de celle-ci en Direction générale de l'action sociale, ce budget a été renforcé. La mise en œuvre du décret 2012-1038 du 02 octobre 2012 portant application de la loi

d'orientation sociale N°15-2010 du 6 Juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées, permettra à cette cible d'accéder gratuitement aux soins de santé.

D'autres initiatives de gratuité sont également développées par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Il s'agit entre autres du traitement du paludisme, des vaccins dans le cadre du PEV, de la prise en charge des maladies non transmissibles à soins coûteux (diabète à travers la subvention de l'insuline et l'insuffisance rénale chronique à travers la gratuité de la dialyse dans les hôpitaux), du traitement de la tuberculose et de la gratuité des Antirétroviraux (ARV).

### ❖ **Fonds social**

La problématique de l'enrôlement et la prise en charge des indigents et groupes vulnérables dans le système de micro assurance santé est plus que jamais au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, partenaires et bailleurs de fonds dans les pays en développement et particulièrement en Afrique de l'ouest. Au Sénégal, dans la perspective d'atteindre un taux de couverture maladie d'au moins 50% d'ici à l'horizon 2015 conformément aux OMD, beaucoup d'efforts sont à faire quant à l'extension de la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables. Il apparaît dès lors nécessaire de mieux comprendre les concepts Couverture maladie universelle, les mutuelles de santé et le fonds d'équité.

## **5- Le fonds d'équité**

Les objectifs du FE sont d'améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres, d'éviter que les ménages ne sombre dans la pauvreté à cause du coût des soins et aussi de contribuer au financement des structures de santé.

Le principe repose sur l'introduction d'un « tiers payeur » dans le système qui se charge de payer pour les pauvres.

### ❖ **Expérience du Cambodge(Asie)**

Les expériences menées ont démontré l'impact majeur des Fonds d'Equité sur l'accès aux soins de santé des plus pauvres, et étudient le rôle des Fonds d'Equité comme stratégie de réduction de la pauvreté.

Au Cambodge la gratuité a été vue d'une autre façon avec la création de fonds d'équité dénommé le « Health equity funds ».

Pour éviter le sous financement des structures de santé, un système de tiers payeur qui garantit aux prestataires de soins une juste compensation pour les services offerts aux plus pauvres est mis en place. Le principe du tiers payant consiste à identifier les patients nécessitant une assistance financière pour payer au prestataire des soins consommés par les patients identifiés.

Les expériences menées dans ce pays ont démontré l'impact majeur des Fonds d'Equité sur l'accès aux soins de santé des plus pauvres à travers les leçons apprises suivantes :

*Leçon 1* : l'accès aux soins des pauvres est véritable avec une augmentation de l'utilisation totale des services de santé ; une confirmation du profil de pauvres des bénéficiaires et une absence d'une diminution de l'utilisation pour les patients payants.

*Leçon 2* : le Fonds d'équité agit comme protecteur social. En effet, la contribution du fonds a réduit les dépenses de santé des populations pauvres, souvent tournés vers le secteur privé informel de qualité douteuse.

*Leçon 3* : les éléments de réussite des fonds d'équité sont la séparation des fonctions d'agent de financement, d'acheteur, de prestataire, d'identification, et de contrôleur. Ce qui permet d'éviter les conflits d'intérêt.

Deux acteurs apparaissent comme particulièrement importants dans ce système :

**1<sup>er</sup>** : l'initiateur de l'approche (souvent une ONG internationale) qui joue un rôle de moteur, d'arbitrage et d'expertise ;

**2<sup>ème</sup>**: le gestionnaire local du fonds, qui assure une identification à l'hôpital, ainsi que l'accueil et le suivi des bénéficiaires. En plus de procéder au paiement du prestataire.

*Leçon 4* : les éléments pour éviter l'échec sont le besoin d'un financement suffisant (coût des soins élevés) et le besoins d'un financement extérieur à la structure de santé (bailleurs de fonds financent un projet national).

Ces deux exigences ont pour but une meilleure efficacité opérationnelle et une sécurisation du financement.

*Leçon 5* : la mise en place d'un fonds d'équité s'entend dans un contexte global qui prend en compte d'autres éléments (distance, pression sociale). La prise en compte du système social dans son entièreté et non pas seulement le règlement de la fonction de paiement.

La mise en place d'un fonds d'équité ne devrait pas se faire en occultant les éléments sociaux c'est-à-dire les habitudes de vie et la distance vis-à-vis de la structure de santé.

**Leçon 6 :** le fonds d'équité vient en appui à un service de santé qui fonctionne normalement et qui accepte le partenariat.

**Leçon 7 :** le paquet de bénéfices de soins doit pourvoir à toutes les dépenses qui pour une raison ou une autre empêche le patient d'accéder aux soins de santé. Il prend en compte toute la totalité des soins, les frais de transport et dans certains cas les frais non-médicaux (nourriture, draps).

**Leçon 8 :** pour l'identification des bénéficiaires, plusieurs modèles ont été testés : une identification au niveau des structures de soins dite passive et une identification qui se fait par enquête au niveau des ménages dite pré-identification.

L'identification passive lors de l'expérience cambodgienne a l'avantage d'être souple dans la sélection, de démarrer rapidement et de concrétiser le rôle du tiers-payeur au sein de l'hôpital.

La pré-identification quant à elle, est encore plus fiable, garantit la prise en charge avant l'apparition du problème de santé. Elle inclut un degré de formalisation au niveau des outils utilisés et au niveau des acteurs inclus produisant des impacts différents en termes de coûts, de performance supposée et de collecte d'information socio-économique.

**Leçon 9:** une mise en place des fonds d'équité doit être précédée d'indicateurs standardisés permettant à la suite une évaluation scientifique.

#### ❖ Madagascar (Afrique)

A Madagascar, un programme dénommé FANOME définit la politique de tarification au niveau du premier échelon et intègre un volet de financement des soins de santé des plus pauvres à travers les fonds d'équité. Cette initiative ne répond à ce niveau que très partiellement au problème de l'accès financier aux soins car concerne moins de 1% de la population. Par contre, au niveau hospitalier, les difficultés sont tout autre du fait des coûts des soins hospitaliers qui induisent une réelle incapacité de payer. Ce qui a conduit à la mise en place d'un Fonds d'Equité hospitalier pour le Centre hospitalier départemental II (CHD II) de Marovoay province de Mahajanga, couvrant les populations des districts de Marovoay et Ambato Boeni. Ces fonds d'équité viennent en réponse au manque d'efficacité des politiques

d'exemptions pour l'accès aux soins des plus pauvres. Il s'agit d'un financement spécifique qui achète les soins pour les plus pauvres directement au prestataire.

Les ménages dont le revenu mensuel ne permet pas d'assumer les frais d'une hospitalisation ont été définis comme cibles, correspondant au quintile le plus pauvre de la population de la localité choisie. Les bénéficiaires ont pu s'étendre à certains ménages du second quintile durant la période de soudure. On note l'existence d'un fonds spécifique pour les urgences obstétricales qui permet de façon optionnelle de prendre en charge toute femme dans le besoin, quel que soit son profil socio-économique.

Les bénéficiaires jouissent du financement intégral de leurs soins de santé à l'hôpital, du remboursement des frais de transport (sur base d'un *mapping*) pour le malade et d'un accompagnant et d'un budget journalier pour les frais de nourriture.

La liste des critères n'est pas fiable pour permettre une identification rationnelle du premier quintile. C'est la connaissance personnelle que les acteurs de terrain ont de leur population qui permet de dresser une première liste de bénéficiaires potentiels. Les procédures d'identification sont soit actives soit passives.

L'identification active réalisée par des groupes œcuméniques identifie *ex ante* les ménages dans la plus grande destitution. L'identification passive identifie les patients nécessiteux n'ayant pas été identifiés via l'identification active. Elle est faite à l'hôpital lors de l'admission du patient via une évaluation du degré de pauvreté par une assistante sociale.

Les femmes nécessitant une intervention obstétricale d'urgence sont admises et intégralement financées par le fonds. Dans ce cas, c'est leur état de santé et non leur statut socio-économique qui détermine leur éligibilité.

L'UDAC a deux fonctions centrales : l'évaluation de l'efficacité du modèle par la vérification de la qualité du ciblage (active et passive) par des visites terrains et par la création d'une liste de critères d'indigence, sur base de l'observation empirique des caractéristiques communes à tous les bénéficiaires.

Le Fonds est piloté par un Bureau Exécutif du Fonds d'Equité (BEFE). Il est responsable de l'approbation des dépenses effectuées, du suivi du nombre de bénéficiaires, et de décisions stratégiques concernant les critères, les stratégies d'identification etc. L'hôpital est payé dans la semaine suivante, selon une liste de forfait par type d'hospitalisation.

Le FE dans ce pays a des conséquences positives en termes d'accès aux soins et de protection contre l'appauvrissement. Par ailleurs, il contribue à l'amélioration de la perception de la qualité par la population et à la réorientation de ces dernières vers les structures publiques.

❖ *Au Sénégal (Afrique)*

➤ *Dans la région de Louga*

Dans cette localité du nord du pays en 2012, un projet dont l'objectif est de mettre en place à travers les mutuelles de santé un système efficace de financement de la prise en charge des soins de santé des indigents est mis en place. Ce partenariat public privé (PPP) entre les mutuelles et les autorités communales est coordonné par le réseau communal pour la promotion de l'accessibilité aux soins de santé (RECOPASS).

C'est une stratégie qui entre dans le cadre du programme national de développement sanitaire (PDNS) 2009 – 2018 dont l'objectif 1<sup>er</sup> est la réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile. Elle s'inscrit en droite ligne avec les OMD 4 et 6 qui visent à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans et à combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

Ce projet a cherché à trouver des solutions aux problèmes d'iniquité devant l'accès aux services de santé, de couverture faible du risque maladie due au nombre faible de mutuelles, au faible taux d'adhésion à ces dernières, et à l'insuffisance et la mauvaise répartition des structures de santé.

Cette expérience était destinée à permettre aux indigents d'avoir une couverture sanitaire de manière structurée et pérenne, à rendre efficace le financement de la prise en charge de cette couche de la population des communes et à renforcer les capacités techniques des différents acteurs pour la prise en charge des groupes vulnérables.

Les critères de ciblage des bénéficiaires étaient par exemple une veuve mère sans revenu fixe ou une personne sans revenu ayant à charge des enfants mineurs et ne bénéficiant d'aucune politique de gratuité des soins de santé.

Le projet a été mis en œuvre grâce au Financement des partenaires au développement comme l'USAID, l'Etat et l'Appui technique de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au partenariat (CAF SP) du ministère de la santé et de la prévention de même que la participation logistique et matérielle de la municipalité. Il a conduit lors de sa mise en œuvre à la création de deux (02) nouvelles mutuelles de santé au niveau des quartiers qui n'étaient pas polarisés par les trois (03) anciennes mutuelles et à la prise en charge de cent (100) indigents

au niveau de chaque conseil de quartier qui sont gratuitement pris en charge par la commune au niveau des mutuelles de santé soit un total de mille cent (1100) pour les onze (11) quartiers de la commune.

Les impacts économiques sont l'augmentation des ressources des mutuelles de santé et l'augmentation de la croissance et la réduction de la pauvreté sur le plan social. On observe une meilleure protection sociale de ces groupes vulnérables ; la réduction des inégalités sanitaires par la suppression des obstacles financiers à l'accès aux soins ; une augmentation du nombre d'adhérents des mutuelles de santé et la baisse du taux d'absentéisme et des déperditions scolaires.

Sur le plan sanitaire on espère une baisse des taux de mortalité chez les couches les plus vulnérables comme les femmes, les enfants etc.

#### ➤ *Dans la région de Kaolack, Diourbel, Fatick et Kaffrine*

Selon « le rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie » de 2011, trouver une réponse à la question de l'identification et de la prise en charge des indigents et groupes vulnérables dans le système de micro assurance santé est toujours la préoccupation des pouvoirs publics, partenaires et bailleurs de fonds.

Le Programme d'Appui à la Micro Assurance Santé (PAMAS) qui constituait une des réponses par rapport à ce défi a travaillé à l'expérimentation d'un fonds d'équité destiné à la prise en charge de la couverture maladie à travers les MS des indigents et les personnes vulnérables (femmes enceintes, enfants de 0 – 5 ans, etc.).

Comme dans l'expérience malgache deux approches ont été notées pour le ciblage « passive » où la personne indigente ou vulnérable est mise au début du processus, et l'autre dite « active » où c'est le promoteur du mécanisme qui déclenche le processus d'identification avant l'expression du besoin par le potentiel bénéficiaire.

Les services de l'action sociale procèdent par une approche passive en 4 étapes : l'identification de la personne, la détermination de la situation socio-économique (enquête sociale), la description du statut de l'indigence et la déclinaison des perspectives (voies de sortie de la vulnérabilité). Les collectivités locales recourent à l'approche passive ou active suivant les circonstances. Les structures sanitaires sont une approche passive. La prise en charge des personnes indigentes se fait à tous les niveaux des formations sanitaires.

Les services du développement communautaire développent une approche active dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative Nationale de Protection Sociale (INPS). L'ONG Word Vision met en œuvre une approche active de ciblage des indigents et groupes vulnérables à travers des programmes bien définis. Le réseau Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise (APROFES) procède par une approche passive avec une intervention centrée sur le renforcement des capacités des femmes et leur intégration.

### ❖ *Leçons des expériences africaines*

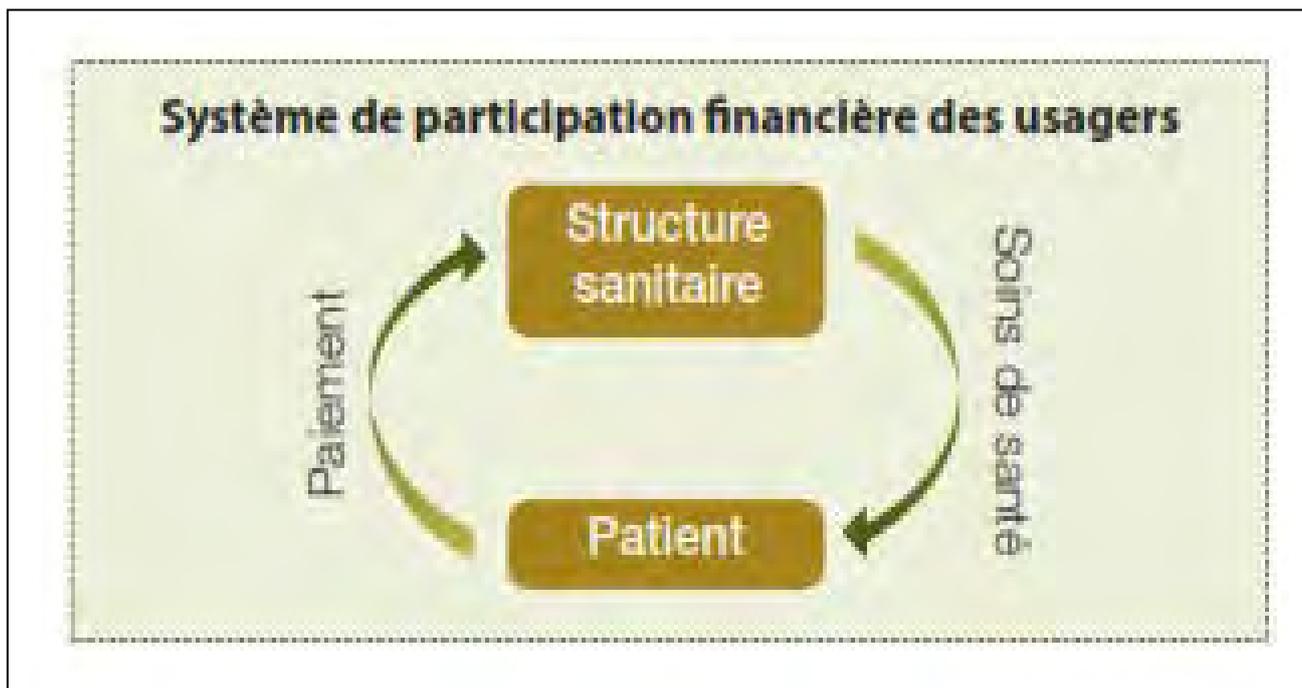
La nécessité de financement suffisant est primordiale pour couvrir les besoins importants des pauvres. Pour y parvenir, il faudrait éviter de se focaliser seulement sur des sources de financement locales qui sont peu fiables. Il faut mettre en place un système de suivi et de coordination qui fait ressortir la nécessité d'un acteur-moteur<sup>4</sup> (ONG ou des experts sur les fonds d'équité).

Au niveau de la formulation de l'approche, il faut faire ressortir un modèle adapté au contexte et faciliter l'appropriation de celle-ci par les acteurs locaux. Au niveau de l'évaluation, il apparaît nécessaire de définir et suivre des indicateurs de performance en identifiant des problèmes et en participant à leur résolution. La mise en place d'un organe de pilotage compétent (avec des objectifs) pour la performance du fond et qui veillera à assurer un équilibre nécessaire entre décentralisation et coordination, tirer des leçons des expériences et orienter les décisions en fonction des résultats, paraît également judicieux.

La diversification des acteurs en tenant compte des compétences, de l'absence de conflits d'intérêts, du partage des responsabilités par l'établissement des mécanismes de contrôle entre les acteurs, la prise en compte des opportunités du contexte dans le choix des acteurs (cas des chefs religieux en Mauritanie, groupements œcuméniques à Madagascar) est aussi pertinente.

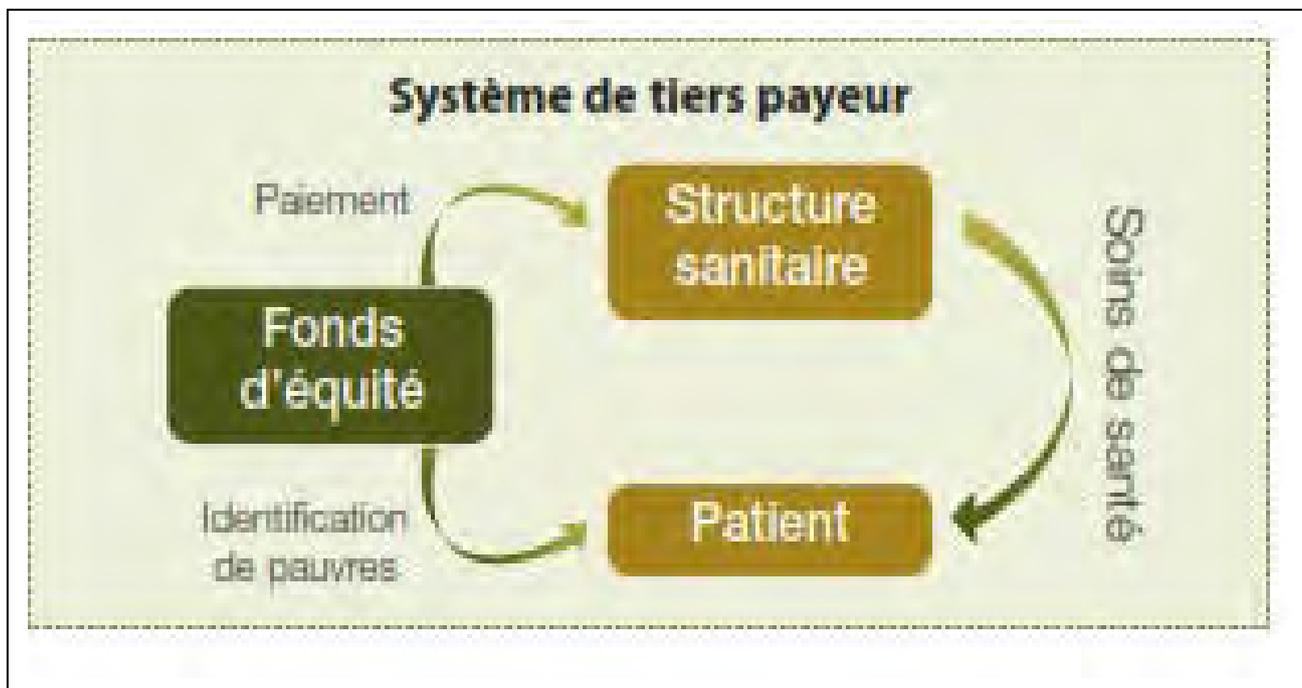
---

<sup>4</sup>Neutre, capacité d'analyse et de négociation.



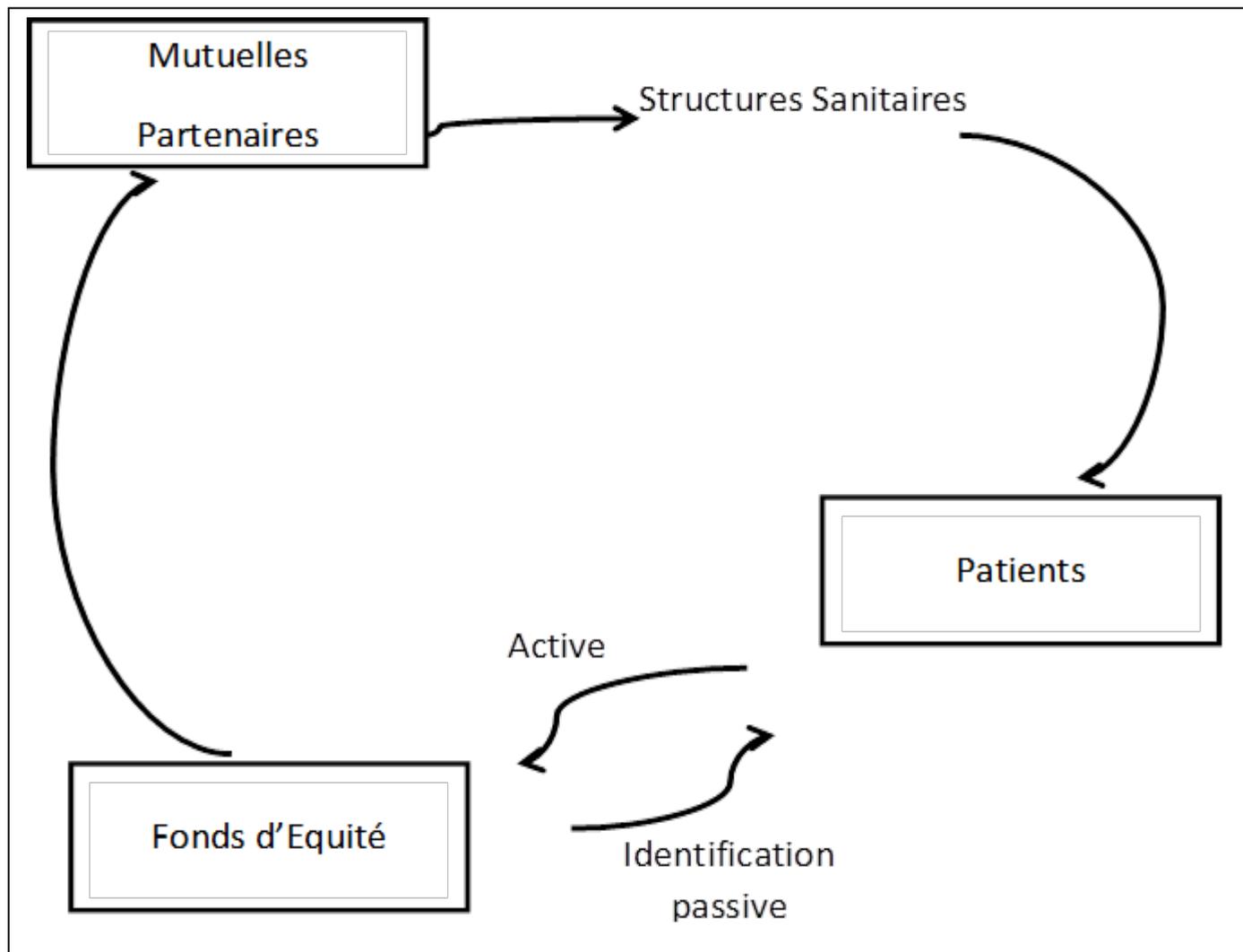
Source : Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres Le cas des fonds d'équité Mathieu Noirhomme, Valéry Ridde, Florence Morestin

**Figure 2 :** Fonctionnement d'un système de participation des usagers



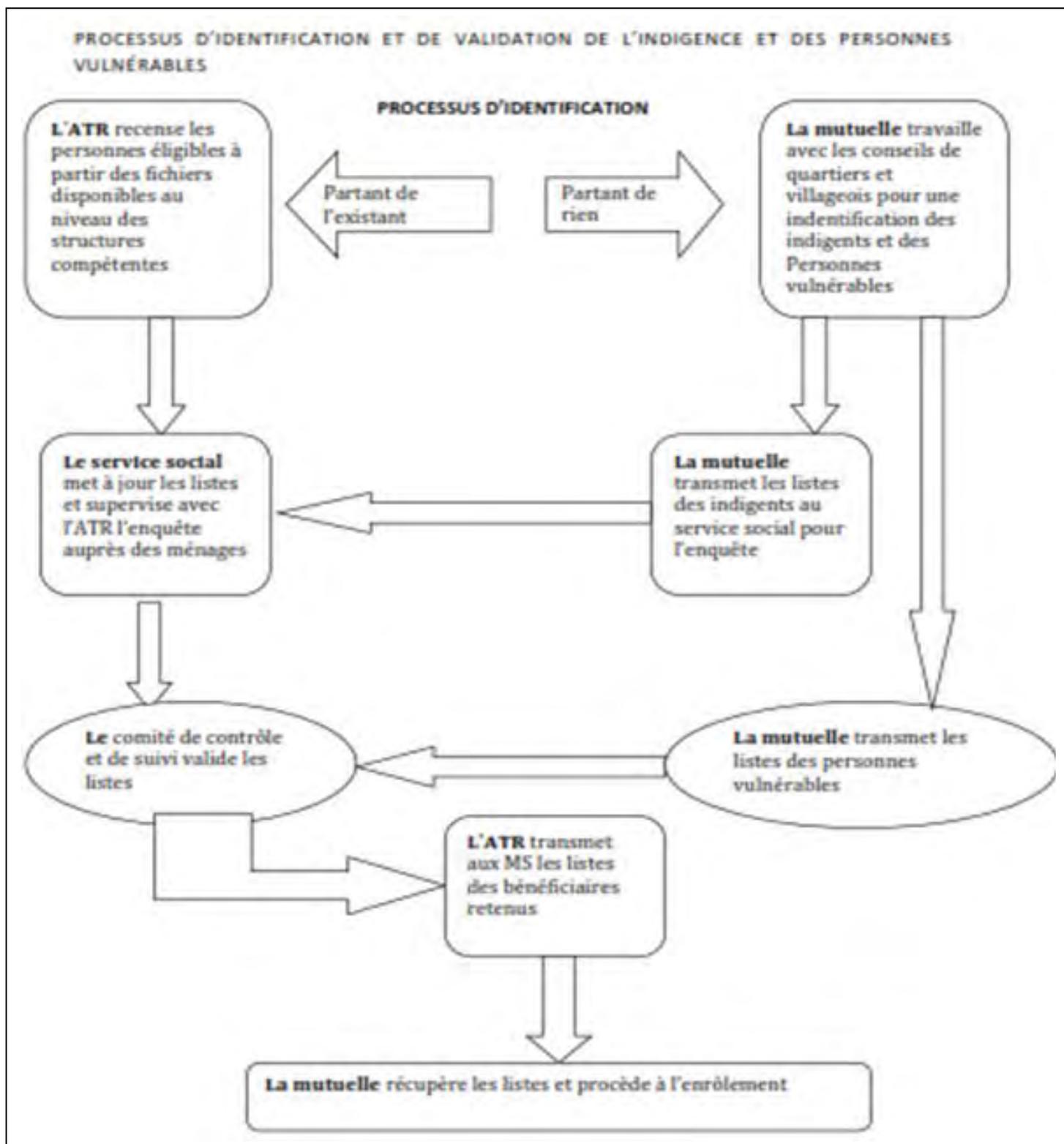
Source : Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres Le cas des fonds d'équité Mathieu Noirhomme, Valéry Ridde, Florence Morestin

**Figure 3:** Fonctionnement d'un système de tiers payeur



Source : auteur

**Figure 4** : Particularité du Fonds d'équité sénégalais



Source– Rapport de l'Etude sur l'Identification des Paquets de Soins et Détermination des Critères de Ciblage des Personnes Indigentes et Vulnérables Eligibles aux Mécanisme de Garantie (CAFSP, PAMAS, CTB 2011)

**Figure 5:** Processus d'identification et de validation de l'indigence et des personnes vulnérables

## **CHAPITRE IV : CADRE D'ÉTUDE**

### **1- Cadre général : le Sénégal**

#### **1-1- Présentation du Sénégal**

##### **1-1-1- Situation géographique, démographique et sanitaire du Sénégal**

La république du Sénégal est située à la pointe extrême ouest du continent africain dans la zone intertropicale ; ce qui lui confère son climat sec avec deux saisons: la saison sèche et les pluies. Il est bordé par l'océan Atlantique. Sa superficie est de 196712 Km<sup>2</sup>. Ses pays riverains sont la Mauritanie au nord, le Mali à l'est, la Guinée-Bissau et la République de Guinée au sud. Outre ces pays frontaliers, le Sénégal enserme la Gambie qui forme une quasi-enclave dans le Sénégal, pénétrant à plus de 300 km à l'intérieur des terres. Les îles du Cap-Vert sont situées à 560 km de la côte sénégalaise.

Sur le plan administratif depuis 2008 le Sénégal est divisé en 14 régions et 45 départements, subdivisés à leur tour en arrondissements. Depuis l'adoption de la loi 96-06 sur la décentralisation, les grandes villes sont découpées en communes d'arrondissement. Il y a 150 communes qui correspondent aux villes moyennes. Plus de 13 000 villages sont regroupés au sein de 340 communautés rurales.

Le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans le domaine de la santé. Il est à noter que le découpage administratif ne coïncide pas exactement avec le découpage sanitaire. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, cependant plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

Selon les données de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie est estimée à 13508715 d'habitants (RGPHAE 2013). Il s'agit d'une population majoritairement jeune et féminine. La densité moyenne était de 69 habitants au km<sup>2</sup> en 2013, mais de grandes disparités avec un dépeuplement des campagnes au profit des villes existent et le taux d'urbanisation est de 45,2%. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 2,7%. Le taux brut de natalité est de 37,2% en milieu urbain et de 32,3% en milieu rural.

Le taux brut de mortalité est de 7,7‰ avec une espérance de vie à la naissance 64, 8 pour mille pour les Hommes 63,2 pour les Femme (ANSD). Le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 78,7 ‰ chez les garçons et de 81,0 ‰ chez les filles. Le taux de mortalité est de 76, 3 pour 100 000 naissances vivantes.

### **1-1-2- Situation économique du Sénégal**

Par ailleurs, l'économie sénégalaise est vulnérable aux chocs exogènes comme les déficits pluviométriques, les variations de la cour du pétrole et des produits alimentaires comme le riz. La crise financière internationale en 2008 a entraîné une inflation de 5% et un déficit des finances publiques de 5% du PIB. La part du budget de l'État alloué à la santé est de 10% et devrait atteindre 15% (engagements des Chefs d'États africains à Abuja en 2000).

Le PIB par tête en 2008 est de 1600 \$ US soit 715.963 F CFA. Depuis 2001, le Sénégal met en œuvre le DSRP avec un objectif de taux de croissance annuel de 7 à 8%. De 2003 à 2007 ce taux a varié de 6,7% à 4,8%. Ces résultats sont restés en deçà de l'objectif. Cependant, on constate, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté au niveau national est passée de 57,1 % en 2002 à 50,8% en 2006 (ESPS 2005- 2006, août 2007). A Dakar, la proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté était passée de 42% en 2002 à 32,5% en 2006. Le Sénégal occupe le 157ème rang sur 177 pour l'Indice de Développement Humain et reste classé dans le groupe des pays à « IDH faible » en 2005 (PNUD, 2008).

## **2- Cadre opérationnelle : la région de Kaffrine**

### **2-1- Généralités sur la région de Kaffrine**

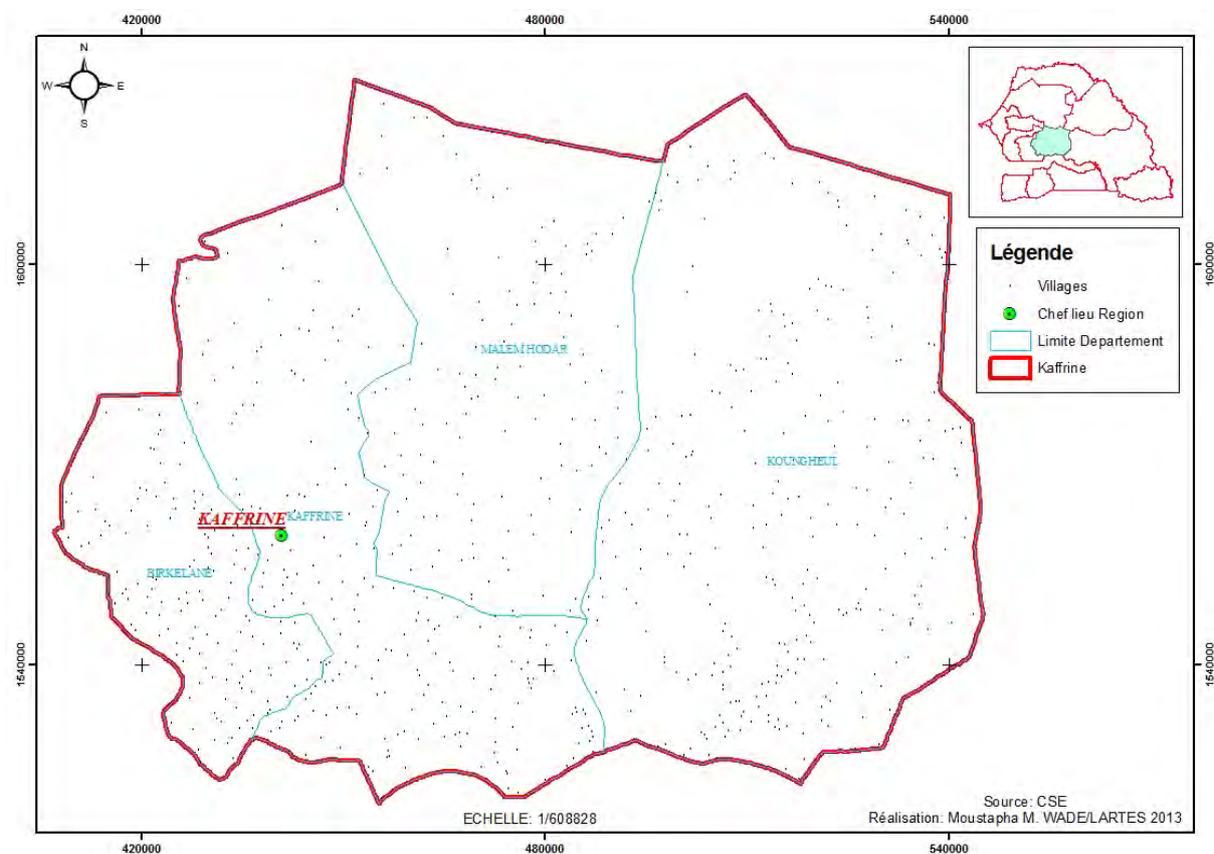
La région de Kaffrine a été créée par la loi 2008-14 du 18 mars 2008. Elle est située au centre du Sénégal, dans le bassin arachidier. Elle couvre une superficie de 11 181 km<sup>2</sup>, soit 7% du territoire national. La région de Kaffrine est limitée au nord par les régions de Diourbel, Louga et Matam, au sud par la République de Gambie, à l'est par la région de Tambacounda et à l'ouest par celle de Kaolack.

La région de Kaffrine est subdivisée en quatre départements: Birkelane (1 122 km<sup>2</sup>), Kaffrine (2716 km<sup>2</sup>), Kounghoul (4237 km<sup>2</sup>) et Malèm Hoddar (3106 km<sup>2</sup>). Ces départements sont subdivisés en 9 arrondissements et 28 communautés rurales. La région compte 34 collectivités locales, 05 communes et 28 communautés rurales.

### ❖ Présentation de la région de Kaffrine

La région de Kaffrine est née des réformes administratives de 2008. Elle appartient à la zone sahélienne du sud et à la zone soudanienne du nord. D'une superficie de 11181 km<sup>2</sup>, soit près de trois fois la superficie de l'actuelle région de Kaolack, elle est l'une des cinq régions les plus vastes du Sénégal. La région de Kaffrine est limitée au nord par les régions de Matam, Louga, Diourbel et Fatick, au sud, par la République de Gambie, à l'est, par la région de Tambacounda, à l'ouest, par la région de Kaolack.

Elle est composée de quatre départements (Kaffrine, Birkelane, Malème Hoddar et Kounghoul) et de cinq communes (Kaffrine, Nganda, Birkelane, Malème Hoddar et Kounghoul).



**Figure 6:** Carte de la région de Kaffrine

### ➤ **Situation démographique**

La population de la région est estimée à 558 041 habitants en 2010, soit 4,5 % de la population du pays. Celle-ci est composée de Wolofs, de Pulaar, de Sérères, de Bambaras, etc. La population âgée de moins 18 ans représente de 54,8%. La densité de la population de la région de Kaffrine se situe à 50 habitants/km<sup>2</sup>. L'ethnie dominante est le Wolof qui représente 74%, en considérant la première langue parlée de la population. Il est suivi de loin, du Pulaar et du Sérère. La religion musulmane est très largement majoritaire.

### ➤ **Situation socio-économique**

La région de Kaffrine n'est pas bien dotée sur le plan socioéconomique. L'incidence de la pauvreté se situe à 63,8 % tandis qu'elle est de 46,7% au niveau national. L'activité économique régionale est principalement dominée par l'agriculture, l'élevage et l'exploitation forestière. Toutefois, l'artisanat, le commerce et le transport sont des secteurs assez dynamiques. L'agriculture occupe 75% de la population régionale. Les principales cultures vivrières sont le mil, souna, le sorgho, le maïs, etc. Des cultures de rente (l'arachide) et des cultures maraîchères (tomate, gombo, aubergine, bissap, courge, oignons, chou, pomme de terre, haricot vert, etc.) sont également pratiquées dans la région.

### ➤ **Éléments de diagnostics de la situation sanitaire**

L'offre de soins dans la région est relativement insuffisante. En effet, en 2010, la région comptait un (01) hôpital pour 558 041 habitants alors que la norme est un (01) Hôpital pour 150 000 habitants; un poste de santé pour 12 978 habitants contre une norme de 01 poste de santé pour 10000 habitants; 01 centre de santé pour 279021 habitants (soit 2 pour toute la région) pour une norme de 01 centre de santé pour 50 000 habitants<sup>5</sup>. Ce déficit en structures de santé s'accompagne d'un manque de lits pour accueillir les personnes hospitalisées. En effet, en 2009, la région comptait au total 59 lits alors que le nombre d'hospitalisés dans les pavillons s'établissait à 332.

---

<sup>5</sup> Ibid.

## CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE

### 1- Type d'étude et population d'étude et sélection des participants

Il s'agit d'une étude transversale, quantitative et qualitative.

L'étude a utilisé des méthodes de mesure de la viabilité financière classique, d'appréciation de la satisfaction basée sur des indicateurs de satisfaction, d'appréciation du niveau de pauvreté basées sur des scores.

Cette étude a couvert l'ensemble des cinq mutuelles de la région de Kaffrine qui ont bénéficié du fonds d'équité<sup>6</sup>. Il s'agit de « Bokk Faj » / Keur Lahine, « Xettali Njaboot » /Koungheul, « Yatal Paj Mi » / Birkelane, « Yombal Faju » / Nguerane Fass, « Yombal Paj Mi » / Ndiognick.

Les cibles visées par l'étude sont :

- Mutuelles bénéficiaires du FE ;
- Structures de santé ayant signé une convention avec les mutuelles de santé ;
- Personnes indigentes bénéficiaires du FE ;
- Personnes indigentes non bénéficiaires du FE ;
- Parties prenantes du FE aux niveaux régional et national tel le président de l'Union des mutuelles de Kaffrine et quelques élus locaux, les partenaires et des personnes ressources du MSAS.

Pour mener à bien notre étude, nous avons effectué une collecte de données sur le terrain à l'aide d'une grille de critères de niveau de vie pour apprécier l'effectivité de la prise en charge des vrais pauvres ; d'un questionnaire adressé aux mutuelles de santé bénéficiaires du FE notamment au président et au trésoriers de celles-ci, aux responsables des structures de santé sous contrat avec les MS ; d'un guide d'entretien adressé au président de l'Union des mutuelles de santé de Kaffrine, aux partenaires techniques et financiers du FE y compris des acteurs les acteurs régionaux et le MSAS.

Notre étude a porté sur les cinq (5) mutuelles de santé bénéficiaires, le centre de santé, l'hôpital et trois postes de santé. Nous avons tiré au sort 50 personnes dont 40 indigentes bénéficiaires et dix autres (10) indigents non bénéficiaires des services.

---

<sup>6</sup>Selon les résultats de l'enquête de suivi et d'évaluation 2013 de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 332 ménages ont été enrôlés dans ces mutuelles de santé correspondant à un total de 2320 bénéficiaires. Du mois de décembre 2012 au mois de mai 2013.

## **2- Collecte et analyse de données**

Notre étude s'est focalisée sur les critères de ciblage et l'enrôlement des personnes indigentes dans les mutuelles de santé via le fonds d'équité, leur utilisation des services de santé et leur appréciation de ceux-ci du point de vue de la qualité perçue par le bénéficiaire ou le patient. En outre, elle a évalué la relation entre les prestataires de services de santé et les mutuelles ainsi que l'impact du FE sur la viabilité de ces mutuelles. De plus, les effets du fonds d'équité sur l'engagement politique des autorités nationales et régionales et sur les résultats par rapport à la couverture maladie universelle sont estimés.

Pour recueillir les données nécessaires à la réalisation de cette étude, nous avons utilisé différents outils : une grille d'évaluation, un questionnaire, un guide d'entretien et des interviews. Ainsi, le questionnaire a été administré aux indigents bénéficiaires utilisateurs des services de santé et non utilisateurs de ces services ; et aux président et trésorier de chaque mutuelle bénéficiaire du fonds d'équité. Des entretiens avec les responsables des structures sanitaires contractantes et le responsable de l'union des mutuelles de Kaffrine ont été menés. Puis, plusieurs interviews avec des responsables centraux aux niveaux du Ministère, de la CACMU, du PAODES, les assistants techniques régionaux, sont faites.

Les critères d'indigence doivent être clairs et compréhensibles pour empêcher que tout le monde aille se déclarer indigent. Dans ce sens, la cible doit être les personnes extrêmement pauvres et vulnérables dans des ménages extrêmement pauvres selon les critères indiqués définis à l'avance. Tandis que les individus identifiés comme indigents sont subventionnés, le ménage doit compléter la cotisation totale du ménage en payant pour les autres membres non éligibles.

Pour analyser la pertinence des critères de ciblage et l'effectivité de la prise en charge des vrais indigents, notre grille d'évaluation a été composée de trois parties : localisation du ménage indigent bénéficiaire ou non du FE, sa composition en termes de présence ou non de personnes malades ; sa condition de vie en termes de types d'habitat, de mode d'alimentation, de sources de revenus etc., et son accès aux soins de santé et mutuelles existantes, a été renseignée. Les réponses fournis par les questionnés associées aux informations recueillies sur la base de l'observation , le choix des familles visités s'est faite en fonction de la répartition des pauvres dans la région mais de manière aléatoire de Kaffrine, le recueil des informations s'est effectué par constations place des critères d'indigence définis dans le rapport de mis en œuvre , ceci ont permis d'attribuer des notes à chacune d'elles conduisant au calcul de scores

de niveau de pauvreté en vue d'apprécier le niveau de pauvreté ou d'indigence des bénéficiaires.

Pour mesurer la perception que ces personnes enrôlées dans les mutuelles de santé ont du fonds d'équité, une enquête de satisfaction a été menée à leur niveau pour faire apparaître des points d'amélioration et envisager la vulgarisation de ce modèle. Cinq (5) indicateurs de satisfaction ont été identifiés pour recueillir l'appréciation des bénéficiaires sur le service de gratuité des soins mis à leur disposition. Il s'agit notamment :

- existence ou non d'une marginalisation
- du degré de satisfaction par rapport à l'accueil et aux informations reçues
- satisfaction par rapport au temps d'attente dans les structures de soins
- satisfaction concernant le service reçu
- satisfaction par rapport à la confidentialité et l'intimité
- satisfaction par rapport à la disponibilité des médicaments
- existence de paiement ou non des services par les bénéficiaires

Les indicateurs ont été transformés en variables et chaque variable en modalités. Comme exemples de modalités on peut citer : "Pas du tout satisfait", "Peu satisfait", "Satisfait" "Très satisfait".

Une note variant de 0 à 3 a été attribuée à chaque modalité (degré de satisfaction) pour chaque question. Cette note est fonction de l'importance relative à la modalité. En effet, la modalité exprimant le niveau le plus bas, la plus grande insatisfaction ou le plus grand mécontentement (ex. pas du tout satisfait) a reçu la note de 0 et celle exprimant la plus grande satisfaction ou le plus grand contentement, la note de 3 (ex. très satisfait). Les modalités intermédiaires (ex. peu satisfait, satisfait) ont eu les notes de 1 ou 2.

Pour obtenir la note moyenne de satisfaction par indicateur, les notes de tous les enquêtés ont été additionnées puis divisées par le nombre de répondants.

S'agissant de l'impact du fonds d'équité le fonctionnement des mutuelles de santé, elle a été appréciée à plusieurs niveaux notamment la qualité de relation entre prestataires et mutuelles et la viabilité des mutuelles de santé.

La relation entre la mutuelle et les prestataires de soins se matérialise par la nature du contrat et l'évolution des activités. Les prestataires de soins sont les formations sanitaires et les pharmacies avec qui la MS a signé une convention. Ils sont choisis en fonction de leur lieu d'implantation, leur niveau dans la pyramide sanitaire, leur qualité de service. La prise en

charge se fait en suivant les procédures de gestion des prestations des mutuelles concernées. Les factures des prestations sont adressées par les formations sanitaires à la mutuelle de santé pour contrôle et paiement suivant les procédures définies dans les conventions signées. Concernant les gros risques, les factures sont déposées auprès des mutuelles qui vont à leur tour les acheminer vers l'Union régionale qui gère ces types de risque. Les factures reçues des différents prestataires sont consignées dans des classeurs chaque mois, un registre des prestations est conçu sur cette base. Une synthèse des factures enregistrées chaque mois permet d'établir la fiche de synthèse mensuelle des prestations. Elle fournit le nombre et le coût de chaque prestation établi après la facturation de toutes les structures sanitaires conventionnées.

Les données collectées ont été saisies, traitées et analysées avec les logiciels Sphinx et Excel. L'évaluation de la qualité de la relation entre le prestataire et la mutuelle s'est faite sur la base de la pertinence et de l'efficacité<sup>7</sup>. La pertinence a concerné l'adéquation des prestations offertes aux bénéficiaires et les éléments de la convention de contrat. Le taux de couverture des prestations par les mutuelles et le taux de pénétration des populations cibles pour chaque mutuelle, en relation avec le fonds d'équité, ont été analysés.

Par ailleurs, pour mesurer l'attractivité de la mutuelle, le taux de croissance des bénéficiaires a été calculé. En outre, la capacité de la mutuelle à faire face à ses dépenses a aussi été appréciée grâce au calcul du taux de cotisation des bénéficiaires.

Pour mesurer la viabilité des mutuelles de santé bénéficiaires du FE ainsi que l'impact de ce fonds sur cette viabilité, un guide d'entretien destiné aux responsables des mutuelles a été préalablement élaboré. Ce guide d'entretien a été constitué de deux grandes parties, à savoir le compte de résultat et le bilan. Le compte de résultat a porté sur les sources de revenu<sup>8</sup> et les charges<sup>9</sup> des mutuelles de santé. Quant au bilan, il a concerné les actifs répartis en actifs circulants<sup>10</sup> et immobilisés<sup>11</sup> ; et les passifs décomposés en ressources stables<sup>12</sup> et en passifs circulants<sup>13</sup>.

---

<sup>7</sup>Délai de paiement des factures conformément au contrat liant les parties prenantes (temps écoulé entre le dépôt de la facture par le prestataire et son règlement.).

<sup>8</sup>Cotisations, Droits d'adhésion, Subventions, Activités lucratives, Intérêts et divers.

<sup>9</sup>Factures soins de santé, Primes, Rémunérations du personnel, Frais publicitaires, Frais de formation et de sensibilisation ; Autres charges opérationnelles (loyers ; factures d'eau ; factures électricité ; factures de téléphone) ; Fournitures de bureau, Frais d'entretien, Activités de formation ; Activités de suivi/contrôle ; Frais de mission, Autres.

<sup>10</sup> Avoirs en banque, Avoirs en caisse, Créances (cotisations à recevoir), Stocks de médicaments.

Dans cette manière, trois ratios ont permis de mesurer la solvabilité des mutuelles de santé à court, moyen et long terme. Il s'agit du taux de liquidité, du taux de solvabilité à long terme, et du taux de couverture.

Le financement de l'activité de la mutuelle a été mesuré par le ratio de comparaison des cotisations aux charges d'exploitation (prestations maladie et frais de fonctionnement) de la mutuelle.

Deux ratios sont utilisés afin d'évaluer la bonne marche financière d'une mutuelle de santé. Ce sont le taux de sinistralité et le ratio des frais de fonctionnement brut.

Concernant l'appréciation des effets du fonds d'équité sur l'engagement politique des autorités nationales et régionales et sur les résultats par rapport à la couverture maladie universelle, une revue documentaire relative aux projets de fonds d'équité au Sénégal a permis de les mettre en évidence.

### **3- Limites et contraintes de l'étude**

Les principales limites ont résidé dans le choix des indigents bénéficiaires en effet :

La taille des listes d'indigents réceptionnées par le Chef du Service Régional de l'Action Sociale (S.R.A.S) qui surpasse de très loin le nombre affecté aux différentes catégories-cibles par le Projet (difficultés l'exploitation efficiente des listes)

La stratégie utilisée par le Chef du S.R.A.S et l'A.T.R dans un premier temps a été de répartir de manière proportionnelle les effectifs en fonction du nombre affecté à chaque mutuelle par le Projet.

Celle-ci s'est avérée pénible dans la mesure où, en ce qui concerne certains villages/quartiers, certaines catégories n'étaient soit pas représentées soit étaient surreprésentées.

Finalement, il a été convenu de retourner les listes aux mutuelles de santé afin qu'elles procèdent à un rééquilibrage des effectifs (nettoyage) déposés en fonction de ceux qui leur ont été affectés pour chaque catégorie.

Si l'information est disponible nous tenterons de répondre aux questions ci- dessous :

---

<sup>11</sup> Matériels et équipements, Placements, Bâtiments.

<sup>12</sup> Capitaux propres, Réserves, Dettes à long terme.

<sup>13</sup> Dettes à court terme.

- La transversalité des mutuelles :  
Les mutuelles recrutent les pauvres de leur environnement et peu de pauvres des autres quartiers de Kaffrine. Le bassin de recrutement de la mutuelle et la quantité effectivement recruté. Le bassin de recrutement a-t-il été un moteur pour que la mutuelle recrute plus d'adhérents ou est-ce que cela a découragé d'autres à venir adhérer aux mutuelles.  
Voir si dans ces mutuelles on a une évolution des effectifs.
- **Les 20% d'indigents** par rapport aux adhérents à jour sur leurs cotisations pour éviter la stigmatisation, sont-ils le résultat d'étude ou le résultat d'une simple constatation ?
- **Le taux d'acceptation des indigents** par les mutuelles est-il en corrélation avec le taux de pénétration des mutuelles dans la population cible du quartier ?  
La mutuelle recrute plus de personnes dans le quartier ? Expliquer le lien.  
Plus la mutuelle a d'indigents, plus elle recrute d'adhérents ou l'inverse vous si les gens ont étudié cette relation.
- **L'accès aux prestations** dans les structures de santé est dû à la qualité de pauvre ou la capacité à gérer des mutuelles.
- **Les pauvres non bénéficiaires**  
Es ce que c'étaient les extrêmes pauvres qui ont été enrôlés?  
Demander aux non bénéficiaires pourquoi ils n'ont pas été enrôlés ?  
En ayant à l'esprit que le FE ne pouvait pas prendre en charge tous les indigents de la région.
- **Entretien avec les prestataires**  
Pour voir si les mutuelles respectent les termes de référence des contrats qui les lient aux prestataires (délais de paiement des prestations, conflits). Les plaintes des patients par rapport aux prestations.  
Fraudes de la part des indigents (usurpation d'identité pour bénéficier gratuitement des soins).
- **Fraudes** par manque d'information, par gestion peu rigoureuse en matière de contrôle.  
Certains pauvres malgré qu'ils soient mutualistes se retrouvent contraint de payer par manque d'information face aux prestataires ceci nous conduit à la conclusion qu'il faut neutraliser ces facteurs de confusion.
- **La capacité de l'indigents** à réclamer ses droits devant le prestataire qui peut se permettre de leur donner ce à quoi ils ont droit ou essayer de savoir les problèmes qui existent qu'il ne faut pas taire.

- **Maintenant que se passe-t-il ?**

Que sont devenus les pauvres de ces mutuelles que sont devenus les pauvres et ces mutuelles.

Les premiers se sont-ils d'avantage appauvris ou leur situation s'est-elle améliorée .Pour ainsi conforter les résultats de l'évaluation ou les infirmer.

Si les mutuelles continuent à recruter, il serait inexact de penser que le FE n'est pas un facteur permanent pour assurer le développement des mutuelles mais il serait alors un facteur catalytique.

## **CHAPITRE VI : ANALYSE EMPIRIQUE DE L'IMPACT DU FONDS D'EQUITE SUR L'ACCES AUX SOINS DES PLUS PAUVRES DANS LA REGION DE KAFFRINE**

### **1- Résultats**

Pertinence des critères de ciblage et effectivité de la prise en charge des vrais indigents et la perception que ces derniers ont du FE

Concernant les critères de pauvreté, un certain nombre d'éléments qui indiquaient les populations pauvres ont été identifiés dans notre grille d'évaluation

- l'aspect de l'habitation /condition de la maison
- l'aspect de l'environnement de la maison
- le revenu du ménage
- les sources de revenu /activité économique
- le nombre de repas par jour /type de repas
- l'accès à l'eau /possession d'une toilette
- la fréquentation scolaire des enfants
- la possession des biens/mobiliers/cuisine
- l'accès aux soins de santé
- la composition et taille de la famille
- la possession d'animaux

#### **❖ Eléments de diagnostics des mutuelles de la région de Kaffrine**

La région de Kaffrine est réputée de par son dynamisme en matière de mutualité. L'Union régionale des mutuelles de santé qui est l'instance dirigeante fait un travail remarquable pour une bonne couverture en matière de prise en charge de soins. En effet, une convention cadre avec la région médicale et la pharmacie Ndoucoumane de Kaffrine a été signée. Ensuite, quatre (4) conventions spécifiques ont été signées avec le district de Birkelane, le district de Malem Hoddar et le district de Kounghoul. Des discussions sont enclenchées en vue d'une collaboration avec le district de Kaffrine. En ce qui concerne les douze (12) mutuelles de santé de la Région, deux (02) d'entre elles disposent de sièges propres.

Par ailleurs, l'objectif premier d'une mutuelle de santé est de servir à ses membres un paquet de service à leur besoins prioritaires. Les mutuelles de santé bénéficiaires du FE dans la région de Kaffrine sont marquées par un taux d'utilisation élevé des services couverts. Les bénéficiaires sont motivés et semblent bien comprendre l'intérêt d'adhérer à la mutuelle.

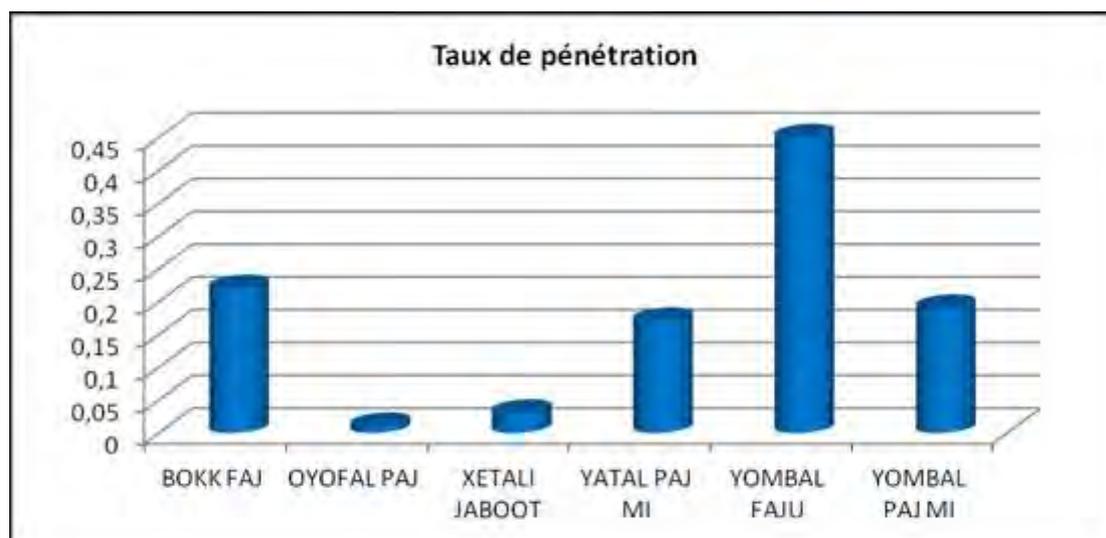
**Tableau I:** Dynamique fonctionnelle des mutuelles de santé à Kaffrine

Mutuelles de santé	Population cible	nombre de bénéficiaires à jour	Nombre de ménages bénéficiaires	Nombre réel de bénéficiaires à jour
<b>BOKK FAJ / KATHIOTTE</b>	24070	4398	73	2557
<b>XETALI JABOOT / KOUNGHEUL</b>	57169	623	18	623
<b>YATAL PAJ MI / BIRKELANE</b>	27299	3017	66	2305
<b>YOMBAL FAJU / NGUERANE FASS</b>	8550	2643	76	2643
<b>YOMBAL PAJ MI / NDIIGNICK</b>	27000	5058	99	3471
Total général	<b>144088</b>	<b>15739</b>	<b>332</b>	<b>11599</b>

Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

L'analyse globale du tableau de la dynamique fonctionnelle des mutuelles de santé bénéficiaires du FE montre une tendance généralement positive par rapport au nombre de bénéficiaires. Le nombre réel de bénéficiaires à jour est de 11 599 pour une population cible de 144088. Ces mutuelles à base communautaire ont un bon ancrage local et constitue une des portes d'entrée pour la couverture maladie universelle.

Le taux moyen de pénétration des douze(12) mutuelles de la région de Kaffrine est de (0,9%). Cependant, nous constatons des taux de pénétration élevé de certaines mutuelles.



Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

**Figure 7:** Taux de pénétration des mutuelles de santé bénéficiaires du FE

L'analyse de ce graphique, montre que le taux de pénétration des mutuelles de santé est suffisant. La mutuelle de santé de Nguerane Fass « Yombal Faju » a le plus fort taux de pénétration (45%), vient ensuite celle de « Yombal paj mi » de Ndiognik avec (19%). La mutuelle de santé de Nguerane Fass développe des stratégies (champ collectif) pour augmenter le nombre d'adhésion.

**❖ Description SWOT (FFOM) des Mutuelles de santé bénéficiaire du FE lors de la 1<sup>ère</sup> phase dans la région de Kaffrine.**

En 2009, une étude a été menée par le PAMAS 1 en vue d'hierarchiser les mutuelles. Parmi les 08 mutuelles de santé que comptait la région, 04<sup>14</sup>d'entre elles remplissaient les conditions pour bénéficier du FE. Cela a suscité des interrogations chez les mutualistes sur pourquoi telle ou telle mutuelle a été choisie. Entre 2009 et 2012 (année de mise en œuvre du FE, les mutualistes ont suggéré de refaire une évaluation pour voir si les mutuelles bénéficiaires du FE retenues répondent toujours aux critères de leur sélection.

Il ressort ainsi de l'analyse SWOT que les mutuelles de santé bénéficiaires du FE ont un déficit de ressources humaines qualifiées et un faible taux de pénétration. Le système de bénévolat constitue une menace au regard du faible dynamisme des administrateurs des mutuelles de santé. L'effectivité des formations offertes aux administrateurs des mutuelles (Bureautique, Budgétisation, suivi-évaluation des mutuelles, etc.) constitue un atout important pour les mutuelles de santé.

---

<sup>14</sup>BOKK FAJ / KATHIOTTE, XETALI JABOOT / KOUNGHEUL, YATAL PAJ MI / BIRKELANE, YOMBAL FAJU / NGUERANE FASS,.

**Tableau II** : Description SWOT (FFOM) des Mutuelles de santé bénéficiaire du FE lors de la 1ère phase dans la région de Kaffrine.

Forces	Faiblesses	Menaces	Opportunités
<p><b>Dispose de siège (sauf la mutuelle de santé « YOMBAL PAJ MI » DE NDIIGNICK qui ne dispose pas encore de siège.</b></p> <p><b>Existence d'une Union Régionale des mutuelles de santé dynamique (U.R.M.S.K).</b></p> <p><b>Existence d'un appui consistant (construction de sièges, dotations en ordinateurs et de logiciels de gestion, des Formations...) des partenaires (CAFSP, ASSRMKF, CTB, P.A.M.A.S, World Vision, Abt USAID).</b></p> <p><b>Engagement manifeste des Autorités sanitaires à accompagner le mouvement mutualiste.</b></p> <p><b>Accessibilité des lieux de prestation des soins (Nouveaux Postes de santé et Pharmacies privées).</b></p> <p><b>Effectivité des Formations offertes aux administrateurs des mutuelles (Bureautique, Budgétisation, suivi-évaluation des mutuelles, etc.)</b></p> <p><b>Augmentation du nombre du nombre d'adhésions.</b></p>	<p>Déficit de ressources humaines qualifiées (niveau d'études faibles des mutualistes).</p> <p>Manque de moyen logistique (absence de moyen de transport pour faire les séances de sensibilisation).</p> <p>Insuffisance de cotisations jugées faibles par les mutualistes.</p> <p>Faible taux de pénétration (KHETALI JABOTT de KOUNGUEUL 3%, YATAL PAJ MI " de BIRKELANE17%).</p> <p>Appui institutionnel insuffisant</p> <p>Lenteur dans le processus de traitement des demandes de remboursements</p> <p>Manque de renforcement de capacités sur les outils de gestion.</p>	<p>Retard des remboursements de factures des prestations</p> <p>Sur - utilisation des passeports pour les bénéficiaires qui sont à la charge des mutuelles.</p> <p>Système de bénévolat (des cas d'abandons de poste au conseil d'administration)</p>	<p>Renforcer les relations partenariales avec les Collectivités locales et tout autre partenaire disposé à apporter son appui au mouvement mutualiste.</p> <p>Porte d'entrée pour la Couverture maladie universelle</p>

*Source* : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

### ❖ Utilisation des services

Le FE prend en compte les attentes, tant de l'offre (besoin de recouvrer les coûts, relever le plateau technique) que de la demande (incapacité à payer). L'afflux des bénéficiaires du FE se traduit par un accroissement de revenus pour la structure sanitaire, contribuant ainsi à équilibrer son budget avec un niveau de fréquentation acceptable. L'analyse des entretiens a révélé l'apport du FE dans la hausse du taux d'utilisation des services des soins. L'accès aux soins est maintenant plus facile.

De manière générale, Le volume de consultation a connu une progression. Mais dans certaines structures de santé comme SALY ESCALE, les bénéficiaires n'utilisent pas beaucoup les services à cause du manque d'information sur le fonds d'équité.

L'impact FE est très bien perçu au niveau des structures de soins qui ont vu leur taux de fréquentation augmenter. Les pathologies les plus récurrentes sont les infections bucco-dentaires, hypertension artérielle, les fièvres typhoïdes, les infections respiratoires aiguës, et des cas d'infection diarrhéique. Le paludisme a connu une régression grâce aux dépistages rapides.

Le risque de surconsommation et de sur prescription est relativement faible. Dans une moindre mesure à Ngueranne Fass ou l'ICP interpelle la mutuelle de santé sur l'utilisation abusive des bénéficiaires du FE qui viennent se consulter pour des simples maux de tête. Avec la tarification forfaitaire, le ticket de consultation coûte 2500 francs et c'est très lourd pour la mutuelle. Et pour prendre des mesures, le prestataire prescrit des paracétamols pour ces patients en vue d'une utilisation rationnelle des médicaments (Ici aussi il y a un risque dans la mesure où le besoin de rationaliser les médicaments ne devrait pas non plus donner l'impression aux bénéficiaires du FE et aux mutualistes classiques que leurs maladies ne sont pas traitées à juste mesure). Avant la tarification forfaitaire le ticket de consultation était fixé à 200 francs et il affirme que « *La mutuelle de santé ne pourra pas tenir financièrement avec la tarification forfaitaire, car il n'aura pas de fonds qu'il faut, même pour prendre en charge les bénéficiaires du fond d'équité, la mutuelle ne pourra pas supporter d'ici la fin de l'année ces charges, parce que ses réserves vont s'épuiser* ».

Par ailleurs, l'ICP de NDIIGNICK pense que la sur consommation est due au fait que les patients viennent avec des maladies graves comme le neuropaludisme ou la broncopathie qui nécessitent des traitements longs et coûteux. Au-delà de ces cas de figures, il n'existe pas de cas de surconsommation.

### ❖ **Fréquentation des structures**

Il existe une relation entre l'attractivité des structures de soins et leur localisation par rapport aux densités humaines, à l'accessibilité financière et aux axes routiers. Le fonds d'équité a permis de lever les barrières liées à la pauvreté en facilitant l'accès aux soins des indigents. Une bonne fréquentation est notée dans les zones d'intervention du projet. *«Cela permet d'aider les gens qui sont pauvres, qui n'ont pas beaucoup de moyens et qui maintenant peuvent se soigner gratuitement. Ces couches vulnérables iront vers les structures de santé au lieu d'aller vers les guérisseurs »* ICP de SALY ESCALE.

### ❖ **Une meilleure couverture des soins est un minimum pour prétendre atteindre les objectifs sanitaires et de protection sociale en termes de prise en charge.**

Les mutuelles de santé ont contribué à rendre plus large le paquet de prestations offert (appui au diagnostic, chirurgie, analyse, etc.). L'accès facile aux médicaments et le recours précoce aux structures sanitaires permettent aux prestataires de soins de hausser le niveau des indicateurs de santé avec la réduction des maladies graves (neuropaludisme) du fait de la diminution des délais de recours. Pour les prestataires de santé, le fonds d'équité a permis aux personnes indigentes d'avoir accès aux structures de santé. La fréquentation ainsi que l'utilisation des services ont augmenté. Avec l'arrivée du fonds d'équité, le retard de paiement des factures a diminué chez les mutuelles. Ils pensent que le PAODES doit élargir le nombre bénéficiaires pris en charge en commençant par enrôler ceux qui sont sur la liste d'attente.

### ❖ **Niveau d'information**

La Connaissance du paquet de service par les bénéficiaires du fonds équité au niveau des mutuelles de santé est jugée relativement satisfaisante. Elles ont joué leur partition, malgré les difficultés rencontrées. Le FE a incité les populations à mieux fréquenter les structures de soins. Il a également connu une réussite remarquable qui se décline à travers une demande forte d'adhésion aux mutuelles de santé avec pour objectif d'accéder à des soins de santé de qualité. Une bonne couverture des soins est un minimum pour prétendre atteindre les objectifs sanitaires et de protection sociale et de surcroît tendre vers les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement).

Après l'enrôlement, les mutuelles de santé ont fait des séances de sensibilisation sur le paquet de service offert. Le secrétaire général de la mutuelle de santé Xettali Njaboot de Kougheul déclare : « *Nous avons des répondants sur chaque village qui joue le rôle de relais pour la mutuelle. Nous avons mis l'accent sur la gratuité des services pour que les bénéficiaires puissent fréquenter le poste de santé* ».

**Tableau III** : Nombre d'adhérents et Nombre de bénéficiaires du FE à Kaffrine.

Mutuelles de sante	Nombre de bénéficiaires	Nombre de ménages enrôlés	Nombre de bénéficiaires ayant utilisés les services	Nombre de secteurs
« <b>BOKK FAJ</b> » / <b>KEUR LAHINE</b>	511	73	214	Keur layine-Mbelbouck-Katakél – Ngodiba
« <b>XETTALI NJABOOT</b> » / <b>KOUNGHEUL</b>	125	18	43	Khourdane - Ida Mouride - Saly Escalé
« <b>YATAL PAJ MI</b> » / <b>BIRKELANE</b>	461	66	168	Birkelane -Keur Mboucki - Bossolel – Kank
« <b>YOMBAL FAJU</b> » / <b>NGUERANE FASS</b>	529	76	502	00 (Coordination niveau central)
« <b>YOMBAL PAJ MI</b> » / <b>NDIOGNICK</b>	694	99	425	Ndiognick-Seggré Seko - Keur Sa Welly
Total général	<b>2320</b>	<b>332</b>	<b>1368</b>	

*Source* : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

La particularité de la région de Kaffrine est que les mutuelles de santé polarisent beaucoup de villages. Par exemple, celle de Nguerane FASS intègre beaucoup de villages comme DAROU KAFFAT, SANTHIE KAFFAT, HANNENE, TAIBA NDIOUFENE (Cette liste n'est pas exhaustive). La stratégie adoptée par celle-ci est d'avoir un point focal sur chaque village et qui serve de relais pour la transmission des informations. Ce point focal assiste régulièrement aux réunions du comité d'administration et fait le compte rendu pour sa communauté.

### ❖ Participation aux mutuelles

Si nous revenons au contexte, des conventions ont été signées entre la CAFSP et les mutuelles de santé bénéficiaires du FE. En plus de cela, des conventions ont été signées entre les structures de santé et les mutuelles de santé bénéficiaires. Avec l'avènement du FE, des avenants ont été signés entre les partis prenants qui intervenaient directement. L'introduction de ces avenants a permis de clarifier l'ensemble des engagements des différents partis. Le FE est perçu par les mutualistes comme une aubaine pour dynamiser leurs activités. C'est grâce aux cotisations, que la mutuelle garantit à ses membres le paiement ou le remboursement de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Le fonds d'équité a permis à ces mutuelles d'honorer leurs engagements vis-à-vis des structures de santé et les bénéficiaires.

L'apport des mutuelles dans le suivi des activités est efficient. Auparavant ceux qui renonce aux soins de santé par manque de moyen, maintenant peuvent se soigner gratuitement. Le FE est une bonne initiative mais sa généralisation devrait s'accompagner d'un renforcement des capacités et d'un appui technique de proximité pour l'efficacité des activités au niveau des mutuelles.

### ❖ Paquet de services offerts par les mutuelles de santé

L'adéquation entre la réponse des mutuelles et les besoins des bénéficiaires constitue l'une des ambitions des mutualistes. La compatibilité entre les services de la mutuelle et les besoins des utilisateurs est relativement jugée satisfaisante. En effet, 94% des répondants déclarent que les services répondent à leurs besoins.



Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

**Figure 8 :** Compatibilité entre services de la mutuelle et besoins utilisateurs à Kaffrine

Les entretiens menés auprès des mutuelles de santé, nous ont permis aussi de voir le degré d'implication des mutuelles de santé pour une bonne prise en charge des bénéficiaires du FE. Le secrétaire général de la mutuelle de santé de NGUERANE FASS certifie que : « *Après l'enrôlement, nous avons fait des séances de sensibilisation sur le paquet de service auprès des personnes bénéficiaires, les personnes enrôlées sont satisfaites du travail fait et nous viellons sur l'accueil et la qualité des soins* ».

#### ❖ **Attractivité du paquet de services**

Selon le trésorier général de la mutuelle de santé " BOKK FAJ " de KEUR LAHINE, par rapport au nombre de factures traitées, nous pensons que le paquet de services est attrayant. Il confirme aussi que les 40% des bénéficiaires du fonds d'équité ont utilisé les services de la mutuelle : « *On a à peu près 17 factures du fonds d'équité que je dois envoyer, on a déjà envoyé au paravent 13 factures. Des fois, on a des coûts par bénéficiaire qui vont de 7000 à 7500 francs. Le coût le plus élevé est de 8778 francs* ».

La qualité du paquet de services est bien perçue par les bénéficiaires, cependant les ruptures de médicaments impactent sur l'attractivité des mutuelles de santé.

Le paquet de service offert par les mutuelles bénéficiaires du FE est la consultation, accouchement, hospitalisation, médicaments, etc. Le choix des services dépend des besoins prioritaires.

**Tableau IV** : paquet de services offert par les mutuelles de santé à Kaffrine:

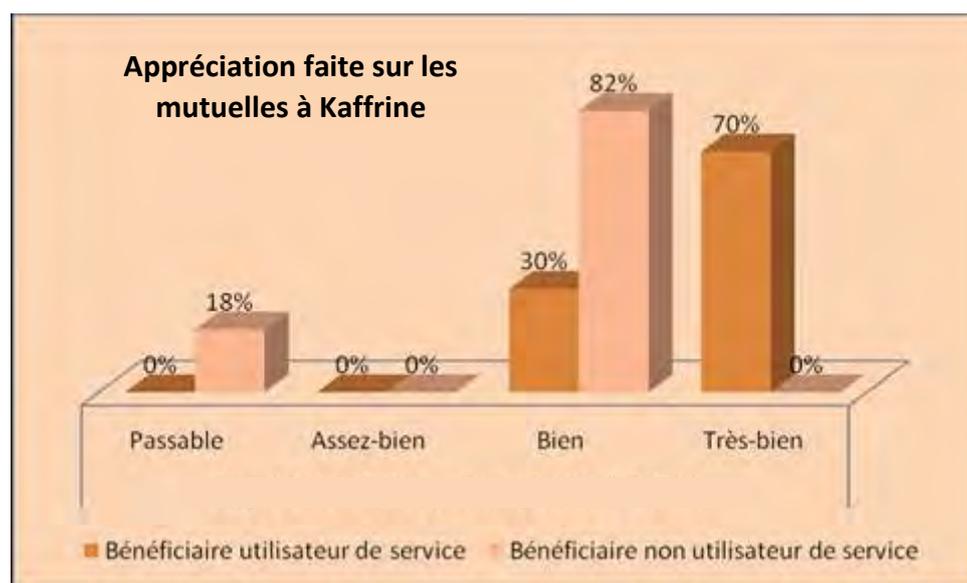
Mutuelles de santé	Paquet de service						
	CPC	Accouchements	CPN	Médicaments génériques(IB)	Analyses	Hospitalisations	Evacuations :( poste de santé vers centre de santé) :
« <b>BOKK FAJ</b> » / <b>KEUR LAHINE</b>	100%	80%	70%	70%	70%	75%	100%
« <b>XETTALI NJABOOT</b> » /KOUNGHEUL	50%	80%	80%	100%	50%	75%	100%
« <b>YATAL PAJ MI</b> » / <b>BIRKELANE</b>	50%	75%	100%	100%	50%	75%	100%
« <b>YOMBAL FAJU</b> » / <b>NGUERANE FASS</b>	70%	100%	70%	70%		100%	100%
« <b>YOMBAL PAJ MI</b> » / <b>NDIOGNICK</b>	100%	75%	100%	100%	50%	75%	100%

Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

L'analyse du paquet de service offert par les mutuelles de santé bénéficiaires du FE montre des différences sur le taux de prise en charge, malgré la convention signée au niveau de l'union régionale des mutuelles de santé sur les sept actes de prestations en vue d'une harmonisation. En effet, les montants de remboursement diffèrent d'une mutuelle à une autre. La mutuelle de santé de Nguerane Fass reçoit des taux de remboursement les plus élevés du fait du faible taux noté sur ses prestations. Par contre, pour permettre aux femmes enceintes de recourir le plus tôt possible au poste de santé et éviter les complications ultérieures, la prise en charge les consultations prénatales sont prises en charge à hauteur de 70% dans la même zone.

#### ❖ Appréciation des services

L'analyse de l'appréciation des services constitue un excellent baromètre pour mesurer la qualité des services offerts par les mutuelles de santé dans le cadre de la prise en charge des bénéficiaires du FE.



Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1ère phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

**Figure 9:** Appréciation faite sur les mutuelles de santé par les bénéficiaires utilisateurs de service et non utilisateur à Kaffrine

Comme le montre ce graphique, 70% des bénéficiaires utilisateurs ont très bien apprécié le service, alors que seulement 18% des bénéficiaires non utilisateurs ont passablement apprécié le service.

Par ailleurs, l'analyse de l'appréciation des services des prestataires par les bénéficiaires utilisateurs révèle un sentiment de satisfaction de ces derniers. Seulement 30% des bénéficiaires.

**Tableau V** : Appréciation des services des prestataires à Kaffrine

Bénéficiaire utilisateur	Appréciation des services des prestataires				
	Prestataire disponible	temps d'attente	Ecoute prestataire	Disponibilité des médicaments	Paiements ou non
<b>Passable</b>	30%	0%	0%	40%	0%
<b>Assez-bien</b>	0%	11%	0%	0%	0%
<b>Bien</b>	0%	89%	80%	0%	14%
<b>Très-bien</b>	70%	0%	20%	60%	86%

Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

L'analyse du tableau d'appréciation des services des prestataires par les bénéficiaires utilisateurs indique une bonne imprégnation des acteurs de la santé dans le cadre de la prise en charge des bénéficiaires du FE. La disponibilité des prestataires est très bien perçue (70%), ainsi que l'écoute (80%). Les bénéficiaires utilisateurs pensent aussi que le temps d'attente n'est pas long, (89%) d'entre eux ont bien apprécié le service. La gratuite des services est très bien jugé par les bénéficiaires utilisateurs.

#### ❖ Effets du Fonds d'équité en termes financiers

L'avènement du FE a créé un déclic au sein des mutuelles de santé avec l'augmentation du nombre d'adhésions. Avant, ces mutuelles étaient confrontées à des risques au plan financier. Situées en majorité dans les communautés rurales, les mutuelles de santé ont enregistré des taux de couverture très faibles. Elles arrivaient rarement à faire adhérer des membres au niveau des zones où ces mutuelles ne sont pas implantées. Ce qui a comme principale conséquence la faiblesse du nombre de bénéficiaires. La vulnérabilité des mutuelles de santé de Kaffrine est une question où il faudra envisager certaines mesures préventives.



Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013.

**Figure 10** : L'évolution du taux de remboursement des quatre mutuelles pilote à Kaffrine

Les mutualistes attestent que le processus de remboursement est lent (cf. tableau sur l'évolution des taux de remboursement des quatre mutuelles pilotes) (contraintes liées au respect des délais d'acheminement des factures des prestataires tels que déclinés dans l'avenant signé entre les prestataires et les mutuelles de santé), ce qui fait que les mutuelles rencontrent des difficultés de trésorerie. Parfois même, elles puisent sur l'argent de leurs adhérents simple pour rembourser le poste de santé.

#### ➤ Des cas de confusion sur les factures de remboursements

Selon l'assistant technique régional (ATR), cette lenteur est due au manquement noté dans le remplissage des factures par les prestataires de soins. Des factures où l'âge du patient, son sexe et autres informations nécessaires dans l'identification du patient ne sont pas renseignés. Dans le même ordre d'idée, l'ATR affirme que « *Dans ces localités, vous pouvez voire un homme qui a un nom de femme ; comme par exemple ADAMA est un nom aussi porté par les hommes que des femmes. Le problème des surnoms est aussi récurrent et pose des difficultés, quand on arrive aux traitements des dossiers. Par exemple le prestataire peut mettre le surnom du patient sur la facture. Donc, si nous vérifions sur la liste des indigents on se rend compte que ce patient n'est pas sur la liste et de ce fait la facture sera renvoyée à la mutuelle. Ce sont ces manquements qu'on note au niveau des prestataires* ».

Par contre, au regard du fonctionnement des mutuelles dans la région, il est difficile d'arriver à temps au traitement des factures de remboursements. La seule personne qui gère les affaires administratives de la mutuelle est débordée avec le nombre de factures à traiter. Dans la région de Kaffrine, les gestionnaires s'investissent généralement dans la mutualité, parce qu'ils n'ont pas d'autres activités. C'est dans ce cadre que l'ATR atteste que : « *La mutualité c'est quelques choses que les gens d'ici gèrent par défaut* ».

#### ❖ **Rapport entre mutuelles et prestataires de santé dans le cadre des paiements des factures**

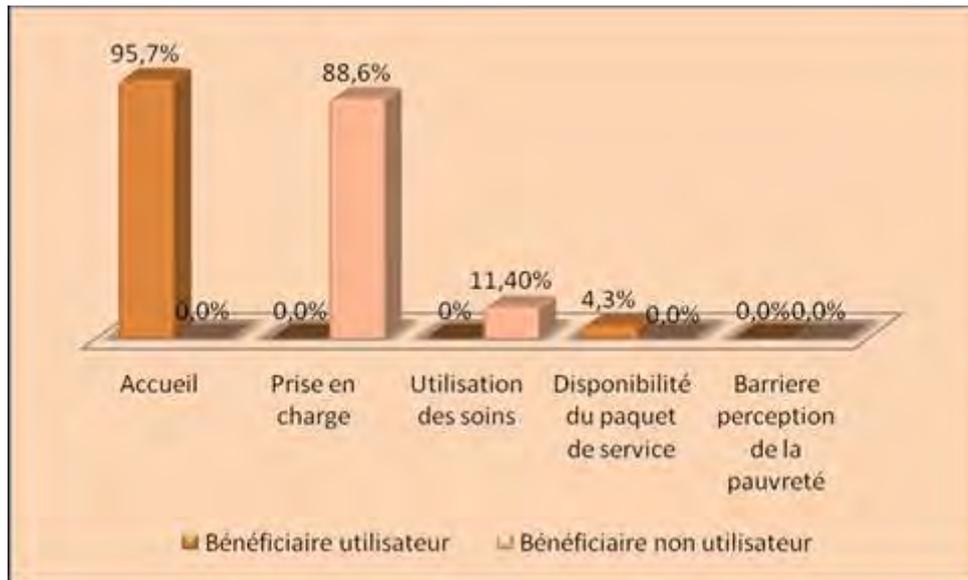
Du côté des mutuelles, ce qui est dit dans l'avenant est que chaque le 25 du mois, le prestataire fait le point pour dire à la mutuelle ce qui lui doit. A partir du premier du mois, la facture doit parvenir à la mutuelle. Si jusqu'au 5 du mois, la facture n'est arrivée, le gérant de la mutuelle se déplace auprès du prestataire pour récupérer la facture. Malheureusement, le gérant de la mutuelle ne part pas récupérer la facture, de ce fait des retards sont notés dans le traitement des dossiers de remboursements.

Certains mutualistes se déplacent deux ou trois fois pour récupérer les factures, mais se heurtent parfois à la lenteur de traitements des dossiers de remboursements auprès des prestataires. Il y'a parfois un cumul de trois mois ce qui fait que les dossiers de remboursements arrivent tardivement au niveau de l'ATR qui va diligenter pour que le traitement au niveau central puisse se faire le plus rapidement possible.

L'idée était de traiter chaque mois les factures de remboursements avec le FE, mais ces carences font que c'est impossible de traiter les demandes de remboursement à temps.

#### ➤ **Processus d'enrôlement**

L'enrôlement s'est bien déroulé, mais selon les mutualistes, l'implication des collectivités locales donnerait davantage de point à l'enrôlement. La santé est une compétence transférée, les collectivités locales devraient davantage participer en prenant en charge ceux qui sont sur la liste d'attente martèle le président de l'union régionale des mutuelles de santé de Kaffrine. La collaboration entre les collectivités locales et les mutuelles de santé est une condition de réussite du FE. Malheureusement, dans leur budget, elles ne prévoient pas encore une aide pour les mutuelles de santé qui sont dans leur zone d'influence.



Source : Enquête de suivi et d'évaluation de la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation du fonds d'équité, 2013

**Figure 11:** Difficultés rencontrées depuis l'enrôlement à Kaffrine

Ce graphique révèle que les difficultés des bénéficiaires non utilisateurs depuis l'enrôlement sont la prise en charge (88,6%) et l'utilisation des soins (11,4%), par contre celles des bénéficiaires utilisateurs se trouvent dans l'accueil avec 95,7%. Le niveau d'information faible du FE sur la gratuité de la prise en charge est l'une des causes principales.

#### ❖ Effets du FE sur la dynamique d'adhésion, sélection et dynamique sociale de la mutuelle

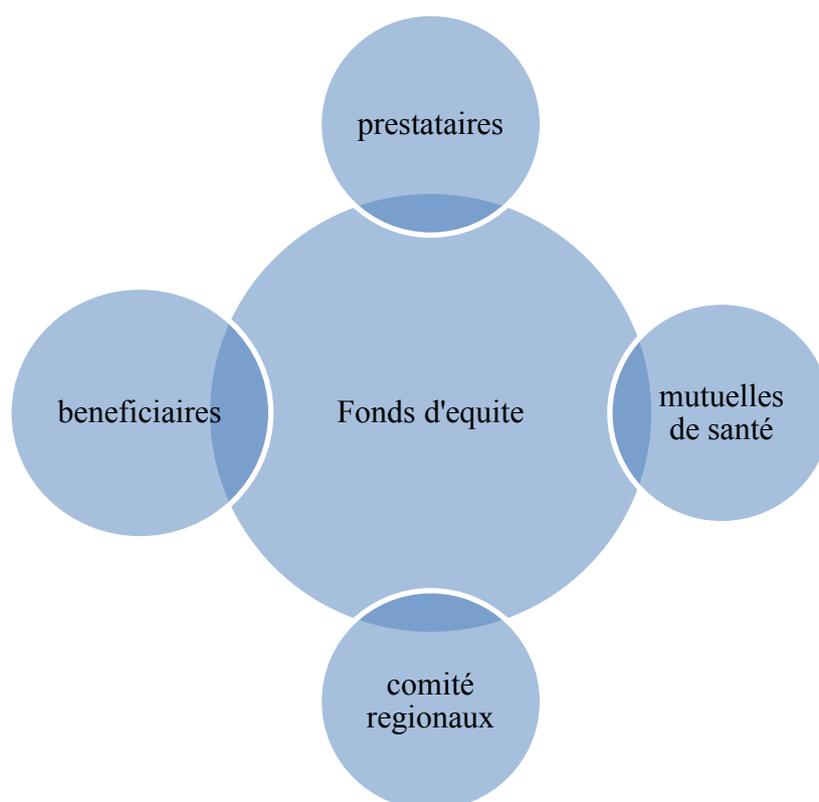
Le FE vise la population vulnérable et le lien entre la pauvreté et la maladie est intrinsèquement étroite. Comme qui disait on tombe malade parce qu'on est pauvre et s'appauvrit davantage parce qu'on se prend en charge médicalement. Un regain d'intérêt de la population pour la mutualité à été noté et une augmentation du taux de fréquentation au niveau des structures de santé conventionnées avec les mutuelles de santé. La mutualité est une question de grand nombre et le fonds d'équité a permis aux mutuelles d'augmenter le nombre d'adhésion qui est de 2726 pour la région de Kaffrine. Il a impulsé la dynamique d'adhésion, des personnes qui n'avaient pas les moyens d'adhérer à la mutuelle se retrouvent membres bénéficiaires<sup>15</sup>. C'est une dynamique sociale qui se crée autour de la mutualité à travers le FE.

<sup>15</sup>En 2012, la mutuelle de santé « YOMBAL FAJU DE NGUERANNE FASS » avait 504 adhérents. Elle reçoit 76 ménages (passeport, photos, carnets), c'est-à-dire 529 bénéficiaires enrôlés dans le cadre du FE. Le taux de

## ❖ Suivi du fonds d'équité

### ➤ Interaction avec les acteurs

Le rapport des mutuelles de santé et les bénéficiaires indigents et non indigents sur le traitement des dossiers administratifs est jugé satisfaisant. Les mutualistes s'accordent sur le principe de l'égalité dans le traitement des adhérents<sup>16</sup>. Selon le président de la mutuelle de santé « YOMBAL PAJ MI » de NDIIGNICK : « nous mettons tous nos adhérents au même pied d'égalité dans le traitement des dossiers administratifs et dans la prise en charge, et nous évitons même le terme indigents pour ne pas offenser les autres ». Dans la même dynamique le trésorier de la mutuelle de santé " BOKK FAJ " de KEUR LAHINE atteste que : « On pense qu'ils sont tous des bénéficiaires de la mutuelle seulement certains sont prise en charge totalement et les autres ont un pourcentage que la mutuelle leur demande, car la mutuelle doit tenir ces engagements au niveau du poste ». La communication et la sensibilisation est destinée à tous les bénéficiaires indigents comme non indigents de la mutuelle.



---

pénétration a connu une hausse de 45 %. De 4024 bénéficiaires, actuellement la mutuelle compte 5624 bénéficiaires.

<sup>16</sup> Bénéficiaires simples et bénéficiaires de la prise en charge dans le cadre du fonds d'équité.

❖ **Le rapport entre les mutuelles et les prestataires de santé dans le cadre de la communication et du suivi des bénéficiaires.**

Les mutuelles de santé entretiennent de bons rapports dans le cadre du paiement des factures, malgré les manquements notés dans le traitement de certaines factures de remboursements. Le trésorier de la mutuelle de santé " BOKK FAJ " de KEUR LAHINE déclare « *On discute avec le prestataire car on a signé toutes les conventions pour que tous les bénéficiaires du fonds d'équité puissent se soigner gratuitement. Suite à une grande rencontre qu'on a tenue avec les médecins, les ICP on pense maintenant que tous les prestataires savent qui sont les indigent* ». Le FE a rapproché les mutualistes et les prestataires de soins et a permis à tous ses acteurs de dialoguer et de partager l'information concernant la prise en charge des IGV. Les mutualistes et les prestataires travaillent en synergie dans le suivi des activités. Dans les réunions des comités de santé, les prestataires intègrent dans l'ordre du jour un sujet sur les questions de la mutualité.

❖ **Rapport entre mutuelle et autres acteurs (comité de pilotage, ministère de la santé, projet)**

Toutefois, l'implication de l'ATR vient renforcer le rapport entre les mutuelles et le comité de pilotage. L'intervention de ce dernier auprès des mutuelles de santé sur comment gérer les registres de prestations, le livret de caisse, et les registres de consultations impactent sur la qualité de prestations de service. *Techniquement, il nous assiste sur les outils de gestion, parce qu'avec l'augmentation du nombre d'adhésion, la mutuelle devient de plus en plus difficile à gérer* » : affirme le PCA de la mutuelle de santé « yatal paj mi » de Birkelane.

❖ **Relations entre structures sanitaires, les bénéficiaires et les mutuelles**

Les études menées auprès des prestataires de soins nous ont montré que le rapport entre les prestataires et les bénéficiaires du FE sont corrects au niveau de l'accueil, la prise en charge, et l'orientation. D'après l'ICP de Ndiognick : « *Je crois que le rapport entre nous prestataires et les bénéficiaires du fond d'équité, nous entretenons des relations fluides. Ils bénéficient de toutes les prestations qui sont disponibles dans la structure et aussi des médicaments. Ce qui fait vraiment à la moindre réaction, ils viennent et ne payent pas le ticket. Ils ne payent absolument rien, ils bénéficient d'une prise en charge global sans aucun franc. Cela est vraiment à saluer* ».

L'accueil et l'orientation constituent des éléments importants dans la prise en charge des indigents et groupes vulnérables et les prestataires donne une attention particulière à la qualité de l'accueil. Les postes de santé ne sont pas de grande structure et de ce fait, les bénéficiaires n'ont aucun problème pour se situer. Les bénéficiaires du FE montrent leur carnet à la personne qui vend les tickets et après vérification, un ticket de consultation lui est octroyé. C'est avec ce ticket et le passeport que le bénéficiaire pourra se faire consulter par l'ICP ou le médecin. Enfin, C'est le ticket de consultation, l'ordonnance et le passeport qu'on agrafe et il va directement chez le dépositaire qui lui délivre les médicaments.

Cette meilleure fréquentation de la structure de santé par les bénéficiaires a eu un impact financier considérable sur les structures de santé. C'est ainsi que nous avons pu constater le grand intérêt que les prestataires accordent au renforcement et à la pérennisation de la collaboration avec les mutuelles de santé pour le bien des bénéficiaires.

#### ➤ Une collaboration efficiente

Le FE a permis aux prestataires et aux mutualistes de viser le même objectif à savoir faciliter l'accès et la prise en charge des indigents en matière de soins de santé. Leur relation va de surcroit impacter sur les indicateurs de santé. Les prestataires travaillent en étroite collaboration avec les mutualistes dans le cadre du FE. Des séances de travail sont organisés entre les prestataires et mutualistes sur les conventions et mode de fonctionnement des mutuelles. Ce qui a le plus facilité la collaboration entre ces structures. Les avenants ont été clairement élucidé pour une meilleur compréhension et éviter les conflits. Une collaboration renforcée avec les mutuelles de santé est perçue comme pouvant être très bénéfique financièrement pour les structures de santé.

La collaboration entre prestataires et autres acteurs du niveau central impliqués dans la mise en œuvre du FE est assez faible. Dans la coordination et le suivi des activités, les prestataires ne sont pas bien impliqués. L'intervention se limite seulement à soigner les bénéficiaires.

Une meilleure organisation administrative, et communicationnelle des mutuelles de santé faciliteraient le travail avec les prestataires. Les mutuelles de santé mettent à la disposition des prestataires leur convention, leur prestation, leur mode de fonctionnement.

## ❖ **Des changements observés avec l'avènement du FE**

### ➤ **Les mutuelles de santé**

Des Changement sont observés avec l'avènement du fonds d'équité dans les mutuelles de santé de la région de Kaffrine. Il y a une avancée remarquable au niveau de la mutuelle, parce qu'elle a vu son champ d'intervention s'élargir avec de nouveaux adhérents. Des personnes qui ne croyaient pas à la mutualité, font maintenant confiance aux mutuelles. Selon ce mutualiste : *« Une des bénéficiaires du FE est tombée malade, on l'a hospitalisé pendant 2 jours. Il n'a rien payé et quand on a évalué la facture cela tournait autour de trente mille, il s'est mis à pleurer et il a dit qu'il sera le porte-parole du fond d'équité, je vais vous défendre là où je serai »*. Une dynamique d'adhésion enclenchée par le fonds d'équité.

### ➤ **Des prestataires et les mutualistes**

La relation entre les prestataires et les mutuelles a connu une évolution positive. Les prestataires travaillent en étroite collaboration avec les mutuelles de santé dans le cadre de la prise en charge des bénéficiaires du FE. Des échanges fructifiant entre les deux acteurs lors des réunions de coordination sont notés. Les prestataires jouent même le rôle de relais en conscientisant la communauté sur l'importance de la mutuelle. Selon ce *prestataire de soins* *« Chaque année, je fais adhérer personnellement 500 personnes par téléphone ou par les liens de parenté. Lors des jours de consultation, je dis à mes patients qui ne font pas partie de la mutuelle d'y adhérer et il y a même des gens qui viennent m'emprunter de l'argent pour adhérer. Quand je sors mon aumône au lieu de le donner aux personnes, je fais adhérer des gens avec (... )»*.

### ➤ **Prestataires et bénéficiaires**

Des changements ont été observés dans les relations entre les prestataires et les bénéficiaires. La couverture sanitaire est large avec l'arrivée du fonds d'équité. Les prestataires en profitent pour faire des séances de sensibilisations et de l'IEC (Information, Education et Communication). Les indicateurs de santé connaissent une amélioration.

Le paquet de services répond aux besoins des bénéficiaires. Certains prestataires ont mis l'accent sur les consultations prénatales c'est à dire les CPN1 et les accouchements pour hausser le niveau de ces indicateurs jugés faibles auparavant par les autorités sanitaires. Le taux de vaccination, les consultations prénatales et les dépistages préventifs ont considérablement augmentés.

### ❖ **La tarification forfaitaire testée à KOUNGHUEL**

Dans la commune de Kounghoul, la TF pose beaucoup de difficultés avec les soins d'urgences qui sont lourds et coûteux pour la mutuelle. Les services offerts sont trop lourds. Au niveau du poste de santé, le ticket modérateur pour la prise en charge des soins d'urgence comme par exemple, les accouchements et autres coûte 7500 francs et la consultation simple 2500 francs. Alors au niveau centre de sante le ticket de consultation est à 10.000 francs. Si la mutuelle n'a pas suffisamment d'assises financières, elle fera face à des difficultés en cours de l'année pour le remboursement des factures de prestations de soins.

Par contre, les structures de santé tirent profit de la tarification forfaitaire. Au mois de mai qui correspondait à l'introduction de la TF dans la zone, la mutuelle de santé YOMBAL FAJU DE NGUERANE a payé 867 954 francs, au mois de juin la facture s'élevait à 1 152 000 francs, au mois de juillet et aout, elle a déboursé 1 394 600 francs. Ces montants concernent aussi bien les bénéficiaires du FE que les membres simples (Ces montants élevés s'expliquent par le fait que dans les zones où s'applique la tarification forfaitaire, la part de la prise en charge des bénéficiaires qui revient aux mutuelles de santé polarisées par les Districts concernés demeure importante. Par exemple, pour le forfait de 2 500 F, les 1 700 F reviennent aux MS et le patient mutualisé ne paye que 800 F). Le constat général qui se dégage avec la TF, c'est que les frais de remboursements ont connu une nette augmentation pour le bonheur des structures de santé (Par ailleurs, il s'agit également d'un grand soulagement pour les patients qui payaient plusieurs fois des sommes importantes avec la tarification éclatée). Mais dans une moindre mesure, la TF a facilité la gestion de la mutuelle avec la prévisibilité des coûts (Les avantages introduits par la Tarification forfaitaire vont au-delà de la prévisibilité des coûts).

## 2- Discussion

Les résultats de notre étude révèlent que la raison de la mise en œuvre de la mesure des 20 % n'a pas été la recherche d'un traitement égalitaire entre les mutualistes et les non mutualistes, mais plutôt le souci d'éviter de transformer les mutuelles de santé en des « mutuelles d'indigents » le Projet se devait d'éviter d'enrôler dans les MS un taux d'indigents supérieur au nombre de bénéficiaires à jour de leurs cotisations (besoin d'équilibrage entre le nombre d'indigents et la base d'adhésion communautaire pour chaque MS de surcroît si l'on savait qu'il pourrait y avoir des risques sous-jacents liés au fait que les ménages pauvres utilisent beaucoup les services de santé (cercle vicieux classique de la relation itérative entre les ménages qui sont fragilisés par la maladie parce qu'ils sont pauvres et qui s'appauvrissent davantage parce qu'ils font recours aux structures de santé).

Enfin, seules les mutuelles de santé qui avaient répondu aux critères d'éligibilité définis par le PAMAS II lors de l'étude de 2009 ayant mené au choix de certaines mutuelles pilotes supposées viables ont été retenues pour l'enrôlement des indigents.

L'insertion du FE dans un programme plus englobant initié par l'Etat et visant à réaliser une assurance maladie universelle fondée principalement sur les mutuelles a été inspiré.

L'absence d'un dispositif régional ou départemental de préfinancement des mutuelles est à l'origine de la durée longue des remboursements des factures par le PAODES aux mutuelles.

Des défaillances à type de : retard de remboursement, faible animation du processus, centralisation excessive des remboursements, paquet de services pas toujours attrayant, insuffisante information de quelques prestataires et bénéficiaires, etc. Ce manque d'informations de la part de certains prestataires est à relativiser à Kaffrine dans la mesure où l'avenant pour la prise en charge des indigents y a été partagé avec les mutualistes et tous les Médecins Chefs de Districts (MCD) et les Infirmiers Chefs de Postes (ICP) des Districts sanitaires et à l'exception du District de Kaffrine sur les 4 Districts que compte la région dont la non tenue de cet atelier de partage de l'avenant était consécutif au statut du centre de santé qui est jusqu'à présent hébergé par le Centre hospitalier Régional.

On observe un manque d'accompagnement active des Collectivités Locales, les Régions médicales et Districts sanitaires aux Unions de mutuelles pour les doter en soutien institutionnel.

Légers manque de renforcement des capacités des Unions de mutuelles régionales et départementales par le PAODES avec la nécessité d'en mettre à leur disposition un appui technique et logistique.

### **2-1- Une sélection objective et transparente des vrais pauvres**

Les indigents bénéficiaires contrôlés sont de vrais pauvres .La méthode utilisée pour leur choix est une excellent méthode .En effet l'accent avait été mis sur les trois principales phases ayant précédé l'enrôlement des indigents dans les mutuelles de santé (d'abord, la présélection des ménages susceptibles d'être éligibles au FE qui fût confiée aux administrateurs des MS qui vivent au quotidien avec les ménages indigents ; ensuite, la sélection des ménages éligibles au FE qui a nécessité le croisement des listes de ménages provenant des chefs de villages, des chefs de quartiers, des services sociaux des structures de santé, des services régionaux de l'action sociale avec qui les administrateurs des MS ont travaillé et enfin, l'identification des ménages indigents au moyen d'une fiche d'identification scorée proposée par le Projet qui fût confiée aux agents des services techniques déconcentrés avec l'appui des mutualistes dans certaines régions et aux mutualistes exclusivement dans certaines régions sous la supervision des chefs de services régionaux de l'action sociale. Ces travaux de terrain ont ensuite été validés dans chacune des quatre régions cibles du PAMAS II à travers la tenue d'ateliers de validation convoqués par Mrs les Gouverneurs de régions de fait présidents des comités régionaux de suivi du FE).

Enfin, les critiques qui ont été faites sur l'enrôlement des indigents ne portent généralement pas sur le choix des personnes enrôlées mais sur le fait d'avoir enrôlé un nombre relativement faible comparé aux effectifs d'indigents recensés. A cela s'ajoute le fait que le PAMAS II avait pris la précaution d'administrer aux indigents présélectionnés dans certaines régions le double du nombre de fiches d'identification équivalent aux 20 % des bénéficiaires à jour de leur cotisations. Cette mesure qui permettait en même temps aux services régionaux de l'action sociale de disposer d'une base de données d'indigents pouvait également permettre aux autres partenaires ayant comme cibles les indigents d'intervenir dans leur prise en charge médicale..

### **2-2- Un manque d'information qui limite l'utilisation des services**

A l'issue cette évaluation, il ressort une appréciation positive du FE. Les résultats des évaluations démontrent que les bénéficiaires utilisateurs apprécient favorablement le fonds d'équité .Il est cependant ressorti des entretiens effectués la non régularité des activités de sensibilisation et de communication sont à l'origine de ce manque d'information.

En effet, le déficit d'information des bénéficiaires sur la gratuité de la prise en charge fait que la région de Kaffrine n'a encore atteint le seuil maximum par rapport à l'utilisation des services. Il convient de préciser que certaines régions comme de Kaffrine avaient proposé au PAMAS II de donner les moyens au comité régional de suivi afin que celui-ci fasse le tour des localités polarisant les ménages indigents retenus pour informer les bénéficiaires. Ces rencontres devaient permettre d'informer au mieux ces bénéficiaires sur les enjeux du FE mais aussi et surtout de les sensibiliser sur les paquets de services qui leur seront offerts, lesquels étaient équivalant à ceux habituellement pris en charge par chaque mutuelle de santé. La faiblesse de la base d'adhésion des communautés se fait sentir en comparant le nombre total d'adhérents de la mutuelle et le nombre d'adhérents à jour de leur cotisation. Ce faible esprit mutualiste de la part des populations influe naturellement sur les ressources financières des mutuelles qui sont souvent obligées d'utiliser ces cotisations pour supporter leurs frais de gestion. A cela il faut ajouter le faible niveau d'étude des membres des mutuelles qui peinent à assurer la gestion administrative et financière de leurs structures.

### **2-3- Un paquet de service attractif dans certaines zones**

Certaines limites liées à la mise en œuvre du FE du fait d'une insuffisance de ressources financières, humaines et logistiques ont été soulignées : le déficit budgétaire des mutuelles de santé, le manque d'activités de sensibilisation auprès des bénéficiaires.

Cette situation pourrait être considérée comme un manque à gagner pour le fonds mais si l'on ne perd pas de vue la double mission du fonds qui est de permettre l'accès des indigents aux soins de santé et de contribuer à améliorer le fonctionnement des mutuelles, l'on peut considérer que les montants versés ont contribué au fonctionnement des mutuelles. L'augmentation de la base d'adhésion que le fonds d'équité a suscitée au sein des mutuelles de santé a donc contribué à la viabilité de celles-ci.

Développement d'un élan de solidarité

Le fonds d'équité a permis de développer un élan de solidarité en éveillant la conscience d'autres partenaires et des personnes de bonnes volontés (autorité, agent de santé, point focal, président de mutuelle...) qui se sont engagés à participer à la prise en charge des personnes indigentes et groupes vulnérables.

La crédibilité des mutuelles aux yeux des prestataires de services s'est vue renforcée avec l'arrivée du fonds d'équité. Les possibilités d'établir des conventions ont augmenté et ont permis de voir des mutuelles nouées des coopérations avec plusieurs prestataires.

## **2-4- Appréciation du FE de façon globale**

Les bénéficiaires utilisateurs expliquent leur satisfaction par rapport au FE par : une bonne prise en charge de leur besoin, l'équité dans l'accès aux soins avec la réduction des barrières financières, l'allocation des ressources dédiées à la santé dans d'autres dépenses, la disponibilité du bureau de la mutuelle.

Les bénéficiaires non utilisateurs de service évoquent : l'absence de besoin de soins, le manque d'information, l'enclavement de certaines zones qui ne facilitent pas l'accès aux services de santé, l'absence du prestataire de soins...

- La prise en charge de leur besoin et celui de leurs enfants, un des bénéficiaires s'exprime à ce sujet « rien ne vaut une bonne santé pour soi et pour ses enfants. Cela permet de vaquer tranquillement à ses occupations. Une bonne santé permet à l'individu de travailler et de mobiliser des ressources et en cas de gratuité de soins, l'argent peut être mieux économisé ».
- l'équité dans l'accès aux soins : le FE a aidé à lever la barrière que constituait la faiblesse des revenus des populations de Kaffrine. L'accès aux soins a été profitable aux démunis quelque soit leur origine et leur niveau de vie.
- La disponibilité des membres du bureau de la mutuelle est un facteur important de satisfaction et d'entretien de la confiance des bénéficiaires. Cette relation de proximité a été indispensable pour favoriser l'implication de la population et faciliter l'accès aux soins. Les formes de sensibilisation comme le «porte-à-porte» favorisent une meilleure compréhension des objectifs et des modalités de fonctionnement de la mutuelle, et du FE. Dans la plupart des zones, de telles activités ont été décisives dans la fréquentation des services de soins par les bénéficiaires. Cependant nous ressentons un besoin de relativiser davantage au regard des arguments avancés ci-dessus relatifs au fait que les efforts consentis pour informer et sensibiliser les populations sur le FE ont été parfois dérisoires.

### **➤ Appréciation des femmes**

Les besoins de soins des femmes et des enfants sont les plus élevés. Les femmes interrogées quelles soient bénéficiaires ou non sont généralement positives : plus de 75% des non bénéficiaires apprécient favorablement les services et justifient leur non utilisation par l'absence de besoins de soins. Leur appréciation se fonde sur l'expérience de leurs proches déjà pris en charge et satisfaits des services.

Plus de 80% des femmes bénéficiaires ont un jugement favorable par rapport à l'utilisation des services. Leur appréciation se base sur leur expérience personnelle et concerne généralement : la qualité de l'accueil, de l'orientation et de la prise en charge de leurs besoins et de celui de leurs enfants.

#### ➤ **Appréciation des femmes sur la mutuelle**

L'avis des femmes bénéficiaires reste tout aussi positif sur les services offerts par les mutuelles. Ceci peut se justifier par l'adéquation entre les besoins spécifiques des femmes et l'offre de service comme en atteste le graphique en dessous.

D'après les résultats, les bénéficiaires sont à 100% satisfaits des services de la mutuelle, 95,55% des bénéficiaires non utilisateurs des services apprécient positivement les services de la mutuelle, seul moins de 5% des non bénéficiaires restent sceptiques. La non fréquentation des services par ces derniers, et quelque fois, l'insuffisance de moyens logistique qui indisposent les mutualistes à aller plus souvent voir leurs bénéficiaires peuvent en être la raison.

#### **2-5- Difficultés rencontrées depuis l'enrôlement**

L'enrôlement des indigents du FE a été fait sur la base d'un choix judicieux des cibles, il a élargi le nombre des adhérents au niveau des mutuelles. Il est à noter que l'enrôlement n'a pas été sans dommages sur les bénéficiaires. Certaines difficultés ont relevées par ces derniers. Elles sont souvent liées à l'accueil au sein des structures de santé, la prise en charge, la disponibilité du paquet de service et les barrières de perception de la pauvreté.

La disponibilité du paquet de service est la principale difficulté énoncée par les bénéficiaires. 60% des bénéficiaires utilisateurs des services ont été confronté à l'indisponibilité du paquet au niveau des structures de santé.

Les problèmes liés à l'accueil soulignés par 20% des bénéficiaires utilisateurs sont souvent corrélés au faible niveau d'information de certains prestataires.

Les difficultés liées à la prise en charge (10%) et les barrières de la pauvreté (10%) n'ont concernées que quelques bénéficiaires.

## **2-6- Evaluation du fonds d'équité**

### **➤ Critères de base de l'évaluation**

L'appréciation générale va porter sur les principaux critères d'évaluation du programme que sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, la cohérence et la viabilité ou pérennité du FE.

#### **✓ La pertinence**

Au regard de la convergence des politiques stratégiques nationales et les programmes soutenus par le CTB (ASSKRMF, puis PAMAS 1 et PAMAS 2) le PAODES recèle des contributions importantes à la réussite des stratégies nationales de développement au Sénégal. Il inscrit ses activités en ligne directe avec la Politique Economique et sociale, la Stratégie nationale de protection sociale et de gestion des risques et la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie.

Conformément aux politiques et stratégies de la CTB, le FE était géré de manière conjointe et bénéficie d'un appui institutionnel et de renforcement opérationnel.

Cette pertinence se vérifie également si l'on se réfère aux documents nationaux (Document de Politique Economique et Sociale 2011-2015 (DPES), Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques 2005-2015, et aux perspectives du gouvernement à généraliser la couverture de maladie universelle.

#### **✓ L'efficacité**

L'efficacité compare les objectifs et les résultats fixés au départ et ceux atteints au moment de l'évaluation. Il ressort de cette évaluation que des efforts ont été effectués dans le sens de maximiser l'efficacité des acteurs et des procédés. A cet effet des sessions de renforcement des capacités, des cadres de concertation ont été mis sur pied.

Les résultats sont probants : le FE garantit l'accès gratuit aux soins, il réduit les barrières financières et géographiques d'accès aux soins pour les plus démunis. Le FE est accueilli favorablement par l'ensemble des acteurs : mutuelles, prestataires, responsable de l'action sociale, les structures déconcentrées, les bénéficiaires.

Toutefois, cette efficacité est diluée par certains facteurs : le faible degré d'information des acteurs, les ruptures fréquentes de médicaments, la faiblesse du paquet de service offert qui réduisent les effets du FE. Ces facteurs ont une incidence négative sur l'utilisation des services, l'appropriation de l'initiative par les acteurs et de facto sur l'efficacité du FE.

### ✓ **L'efficience**

La mesure de l'efficience réside dans la comparaison entre les moyens mis à la disposition du projet, la qualité de la mise en œuvre de ces moyens sous forme d'activités et les résultats obtenus. Il apparaît dans le cadre de la mise en œuvre du FE les résultats obtenus sont sous-estimés par rapport aux moyens mobilisés. En effet, si l'on compare le montant total des cotisations des membres et les coûts des prestations un décalage est noté : les frais d'enrôlement des bénéficiaires coûtent plus chers que les coûts des prestations.

### ✓ **Impact**

L'appréciation de tous les effets, attendus et inattendus du FE sur son environnement. Il s'agit aussi bien des effets positifs que négatifs sur le plan sanitaire, économique, social, politique.

#### *Sur le plan sanitaire*

Une meilleure accessibilité des soins aux plus pauvres a été constatée. Cela a favorisé un recours précoce des bénéficiaires aux soins, la réduction des accouchements à domicile, la réduction des formes graves de maladies et diagnostic précoce et la prise en charge des pathologies...

Au plan sanitaire une amélioration globale de l'état de santé des communautés est notée mais elle reste à la marge vu le nombre de bénéficiaires du FE par rapport à la population d'indigents ce qui se justifie par la position de recherche-action du FE.

#### *Sur le plan économique*

Le FE n'est pas sans effet au plan économique même si l'impact reste faible si l'on prend en compte les faibles flux financiers au niveau des structures de santé. Elle reste conséquente pour les mutuelles, et permet aux bénéficiaires d'économiser les coûts dédiés aux soins de santé.

### ➤ **Sur le plan social : le respect de la dignité de la personne**

A ce niveau, le FE supprime les barrières financières socialement reconnues. Elle permet l'accès aux soins quelque soit l'origine, la faiblesse des revenus de l'individu. Le FE met ainsi en avant le droit aux pauvres d'accéder aux soins au même titre que tous les citoyens : il restaure ainsi la dignité des plus pauvres. Il joue le rôle de régulateur social en permettant à une frange de la population (généralement du secteur informel) de bénéficier de la couverture maladie généralement dédiée au personnel du secteur formel (enseignants et autres fonctionnaires).

### ✓ **La cohérence**

Cohérence avec des projets avec objectifs similaires soutenus par la Belgique

La dynamisation des mutuelles et la mise en place des unions de mutuelles, révèle une base sociale de partition à la CMU.

Par rapport à l'objectif de résultat 7 du PAODES consiste à s'appuyer sur des assurances santé de grande échelle, on peut considérer que l'expérience d'organisation des mutuelles permet d'asseoir une démarche de renforcement et d'élargissement de la base sociale.

Cohérence avec d'autres projets de la zone de concentration soutenus par la Belgique

Le dialogue est engagé entre l'offre et la demande car le maintien dans le fonds d'équité est lié aux caractères attrayants de l'offre de soins.

Pistes d'intégration avec d'autres initiatives similaires

De nombreux acteurs considèrent que le FE a démontré la faisabilité de la CMU en particulier par l'intégration des personnes indigentes et vulnérables au dispositif existant que sont les mutuelles et les services qu'elles offrent.

Le FE a contribué à l'atteinte du résultat 6 en contribuant au renforcement des mutuelles et des unions de mutuelles.

### ✓ **Viabilité et pérennité du FE**

Elle est relative à l'analyse des chances que les effets positifs de l'action se poursuivront lorsque l'aide extérieure aura pris fin. Elle peut se mesurer par l'analyse de l'ancrage institutionnel local et national ; les capacités organisationnelles et institutionnelles des partenaires du FE, leurs capacités économiques et financières.

La viabilité du FE repose sur celle de ses partenaires en l'occurrence les mutuelles de santé. Or, les difficultés financières et les faibles capacités des ressources humaines au niveau des mutuelles plombent les conditions de viabilité du FE.

Enseignements tirés

Le FE a inspiré à la fois le Ministère de la santé au niveau central et au niveau régional

Les acteurs déconcentrés ont pris un rôle majeur. Il y a une forte implication des unions de mutuelles.

En plus des terrains de plus en plus offerts par les collectivités locales aux mutuelles, la plupart des personnes interrogées ont soutenu que la clé de réussite du FE repose sur une meilleure implication des collectivités locales dans leur rôle d'animation, prise en charge de certains de leurs charges.

Plusieurs actions volontaristes ont été relevées allant de l'infirmier chef de poste qui cotise pour son personnel, au ministre qui soutient dans sa commune les indigents de sa commune, en passant par les ONG ou agences de micro-finance, les PCA, PCR qui participent de cet élan de solidarité.

## **RECOMMANDATIONS**

### **❖ Les collectivités locales**

Pour développer les conditions d'efficacité des mutuelles, une forte implication des collectivités locales dans leur accompagnement s'avère indispensable. Comme la santé est une compétence transférée aux collectivités locales, plusieurs responsables administratifs et territoriaux ont proposé le plaidoyer en faveur d'une circulaire du Ministère de la décentralisation qui permette d'imputer la prise en charge des gérants par les collectivités locales dans le cadre du fonds de dotation.

### **❖ Les mutuelles**

En communiquant sur les actions volontaristes et sur les cas réussis d'utilisation du FE, les responsables de mutuelles devront accroître leur base d'adhésion et créer les conditions de fédérer leurs actions à celles d'autres mutuelles pour en renforcer les capacités et élargir l'échelle d'intervention.

Si le fonds d'équité est bien reçu au sein des communautés, il convient de mettre l'accent sur l'animation que les mutuelles doivent faire pour permettre leur viabilité et la participation forte de leurs membres indigents. Il est utile donc d'élargir la base numérique des leaders qui animent les mutuelles et les unions régionales de mutuelles. Les leaders associatifs doivent se convaincre de la nécessité d'éviter l'éclatement de leurs interventions et inversement le besoin d'œuvrer à avoir de grandes mutuelles solides par la diversité de leurs membres mais aussi par leurs modes d'organisation de plus en plus professionnels.

Maintenant que les partenaires se sont retirés, l'Etat s'est impliqué davantage en suppléant le Partenaire pour assister techniquement et financièrement les mutuelles en vue de les rendre plus crédibles et professionnels vis-à-vis des adhérents.

Les partenaires Techniques et Financiers doivent renforcer financièrement les mutuelles de santé pour prendre en charge les services à gros risques à leurs membres comme les analyses médicales, la radiologie, la césarienne et autres.

Le Fonds d'équité se doit de prendre en compte la prise en charge des maladies chroniques, dans le cadre des conventions signées entre les mutuelles de santé, les prestataires, et le PAODES. Aussi de prendre en compte les enfants nés dans le programme. Le FE n'avait pas pris en compte les enfants qui sont nés au cours du programme, alors que les mutuelles de

santé continuent de prendre en charge ces bébés. Ainsi, nous suggérons de prendre en compte ce paramètre puisque que les femmes enceintes sont une des cibles prioritaires du FE.

Mutuelle de Santé doivent prévoir un moyen de rémunération pour le gestionnaire ou l'administrateur de la mutuelle pour assurer la continuité des services.

Développer plus d'activités (Sensibilisation et IEC) sur le fonctionnement des mutuelles et du Fonds d'Equité.

Les prestataires de soins doivent renforcer l'implication des prestataires dans tous le processus (planification, mise en œuvre et le suivi).

Direction Régionale de l'Action Sociale doit outiller davantage en équipement le service social pour avoir des résultats efficaces dans l'identification des indigents.

Comité régional de suivi se doit de décliner des stratégies d'actions pour une large implication des différents acteurs (Conseil Régional, le Gouverneur, le Préfet, l'ARD).

## CONCLUSION

Notre étude avait pour finalité de contribuer à la compréhension du Fonds d'équité et de la particularité de sa version sénégalaise. Elle a analysé son impact sur l'accès aux soins de santé des plus pauvres et sur le chemin vers la couverture maladie universelle au Sénégal.. L'enjeu de cette étude était d'éclairer les leaders d'opinions, les politiques et les partenaires au développement sur la réelle possibilité de toucher les vrais pauvres et garantir une couverture maladies à cette couche de la population peu formelle.

Il ressort de notre étude que des revers existent manifestement à Kaffrine mais ne constitue pas en soi une entrave au recours aux soins de santé des indigents bénéficiaires.

Le Fonds d'équité a été un laboratoire social pour la CMU qui se met en œuvre. Cette source d'inspiration de plusieurs acteurs, Etat, collectivités locales, autres partenaires de développement, unions régionales de mutuelles, ONG, associations, doit demeurer visible. Son capital d'expérience mérite d'être diffusé et connu du large public.

La Coopération Technique Belge autant que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale doivent le porter le plus haut dans leurs échanges et dans les supports de partage au plan international. Sa fonction de déclic par rapport à la CMU ainsi que sa force de démonstration de l'inclusivité demeurent des référents spécifiques de l'expérience sénégalaise en mutualité.

Le PAODES ainsi que le Ministère de la santé et de l'action sociale (CACMU) peuvent valablement l'insérer dans le système d'assurance maladie universelle en cours. La mission considère que cette initiative d'une année peut faciliter le passage à l'échelle que réalise la CMU. Nous recommandons une appropriation du fonds d'équité ainsi que sa systématisation et sa dissémination comme expérience réussie et inspirante pour la CMU.

Le renforcement des moyens logistiques des ATR, leur conférer une vocation d'accompagnement des mutuelles et de la maîtrise de la demande en prestations.

Les mutuelles nous apparaissent comme des bases sociales à fort ancrage territorial qui peuvent servir efficacement la politique de la CMU. Cependant, les mutuelles ne peuvent être laissées à elles-mêmes, elles ont besoin d'être accompagnées. Leurs capacités d'organisation et de gestion doivent être renforcées, leur professionnalisation accentuée et leur augmentation en taille d'adhérents suffisamment nombreuse pour rendre possible l'effet de la mutualisation et donc de la solidarité. Le fonds d'équité a contribué à crédibiliser davantage les mutuelles et à les éprouver dans leurs schémas organisationnels et mécanismes de gestion.

Mais il faut considérer que leur renforcement et leur élargissement constituent un processus que le PAMAS II a bien amorcé.

L'existence d'unions régionales de mutuelles reste un atout considérable sur lequel il convient de s'appuyer pour créer les rencontres et les associations et même des fusions de mutuelles librement consenties. Les acteurs de développement doivent éviter de décréter des démarches qui n'ont pas été négociées avec la diversité des acteurs. Ils doivent aussi éviter de mettre en place des systèmes parallèles au moment où un véritable engagement est observé auprès des autorités administratives régionales, de certaines collectivités locales et qu'un socle solide de leaders associatifs porte actuellement les unions régionales de mutuelles. Il faut y ajouter l'engagement des prestataires rencontrés dans les quatre régions à développer des cadres de concertation avec les unions régionales de mutuelles pour apprendre à adresser la demande en prestations de services de santé.

Il est utile de ne pas perdre de vue que les enjeux de santé sont d'abord liés aux comportements, au style de vie en société et à l'environnement des usagers avant de n'être que biomédicale à hauteur de 25% selon le schéma sur Les déterminants de la santé des populations de A.R.Tarlov (TARLOV, 1999)<sup>17</sup>. C'est pourquoi la mission recommande un effort substantiel de dialogue de la part du PAODES vis-à-vis du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en veillant à s'aligner sur le choix du passage à la grande échelle qui est fait par les autorités publiques.

La mission observe des réticences des responsables des mutuelles ainsi que des collectivités locales et des autorités administratives et locales quant à la démarche de choisir des collecteurs de cotisations qui apparaissent comme des agents commerciaux qui risquent de se faire désavouer par les communautés (cette remarque resterait-elle de mise si ces collecteurs sont choisis parmi les administrateurs des mutuelles de santé ? Hormis le fait que les réalités du terrain ont montré que autant les populations, les collectivités locales, les Autorités administratives et locales, les services techniques reconnaissent l'incapacité des mutuelles de santé actuelles à prendre en charge les besoins en santé des populations, autant il ne faudrait pas perdre de vue que dès l'instant que l'application de la tarification forfaitaire est une stratégie validée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans les zones d'intervention du PAODES, toute mutuelle de santé voulant évoluer seule est appelée à

---

<sup>17</sup> AR Tarlov (1999) Influence relative et approximative des cinq grands déterminants de la santé

disparaître d'elle-même au regard du taux de prise en charge qu'elle devra supporter pour ses bénéficiaires.

Il est nécessaire de lever la contrainte du préfinancement par les mutuelles en mettant en place une caisse d'avance au niveau des unions régionales ou départementales de mutuelles et éviter ainsi les retards accusés dans le remboursement des factures des mutuelles de santé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ANSD (2010) Situation socioéconomique de la région kaffrine
- 2- Atelier d'écriture pour la recherche action sur le fonds d'équité Août 2012
- 3- Bilan sur la première phase du Fonds d'Equité, questions transversales issues de l'atelier de bilan et perspectives Bénédicte Fonteneau janvier 2013.
- 4- Burkina Fasso »et Ouendo (Bénin en 2004).
- 5- CAFSP, PAMAS & CTB (2012), Rapport d'évaluation de l'expérience Assurance Maladie des Elèves (AMEL) dans les régions de Fatick et Kaolack. Rédigé par le Groupe d'Appui au Développement, Avril 2012.
- 6- Coopération Technique Belge (2012), Etude Baseline, Programme Santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès. Rapport provisoire. Rédigé par le cabinet AEDES sous la direction de Vicente Pardo Iniesta, Juin 2012
- 7- Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : étude de cas sur les expériences au du Sénégal, Ousmane Sow Septembre 2007
- 8- Direction de la Dette et de l'Investissement, CTB, CAFSP (2012), Accord d'exécution pour la mise en œuvre du fonds d'équité dans le cadre du PAMAS II (SEN 0802211)
- 9- Dossier technique et financier : programme santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine Kaolack et Thiès, composante « appui à l'offre et la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack et Thiès- PAODES
- 10- Farba Lamine Sall Rapport sur la santé de l'OMS de 2010 / Chemin vers une CMU
- 11- Engagements des Chefs d'États africains à Abuja en 2000
- 12- ESPS 2005- 2006, août 2007
- 13- Financement d'une couverture universelle Rapport sur la santé dans le monde ; OMS 2010
- 14- G. Dessault, P. Fournier, A. Letourmy «L'Assurance maladie en Afrique Francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté»
- 15- Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, Services Politiques et Développement de la Sécurité Sociale Bureau International du travail 2003
- 16- IFAN Cheikh Anta Diop de Dakar (2013), “ Enquête de suivi et d'évaluation de la 1ère phase d'implémentation du fonds d'équité”. Programme d'appui à l'offre et la demande de soins volet demande. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

- 17-** Institut Fondamental d'Afrique Noire Cheikh Anta Diop de Dakar (2010), Perceptions des prestations de soins face au développement du mouvement mutualiste, Etudes du LARTES n° 22, Juillet 2010
- 18-** Karna Georges KONE (2012)., "L'Equité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar "Dakar Université <cheikh Anta Diop (UCAD)
- 19-** Le Grand (1978, 1982) ; Wagstaff et al. (1989, 1991b, 1993) ; Van Doorslaer et al. (2000)
- 20-** Ministère de la Santé et de l'Action Sociale "Projet DECAM rapport de synthèse des études de faisabilité pour l'implantation/la restructuration des mutuelles de santé dans une perspective de leur mise en réseau au niveau départemental : départements de Saint- louis, Kaolack, Louga et Kolda". OMS/Composante Renforcement du Système de santé de l'USAID.
- 21-** Ministère de la Santé et de la Prévention & CAFSP & USAID (2008), Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie des Sénégalais
- 22-** Ministère de la Santé et de la Prévention, CAFSP & CTB (2010), Etat des lieux des mutuelles de santé des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine et Kaolack
- 23-** Ministère de la Santé et de la Prévention, CTB, PAMAS et UMUSARK, Rapport trimestriel Cheick Fall, ART Kaolack PAMAS II Août-Septembre-Octobre 2012
- 24-** Ministère de la Santé et de la Prévention, PAMAS & CTB (2010), Capitalisation des expériences nationales en matière de mise en place de mécanismes de garantie des mutuelles de santé au Sénégal. Rapport final. Rédigé par Ousmane Sow, 26 octobre 2010
- 25-** Ministère de la Santé et de la Prévention, PAMAS & CTB (2011), Rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie, Ousmane Sow 2011
- 26-** Mise en œuvre du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale
- 27-** Ousmane SOW (2011), " Rapport de l'étude sur l'identification des paquets de soins et détermination des critères de ciblage des personnes indigentes et vulnérables éligibles aux mécanismes de garantie ". CAFSP/ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

- 28-** PAMAS & CTB (2011), Système Intégré de gestion des fonds de garantie et d'équité régional (SIGER). Manuel sur les mécanismes de fonctionnement du SIGER. Février 2011
- 29-** PAMAS (2010) rapport de mission d'assistance technique perlée au PAMAS Bénédicte Fonteneau
- 30-** PAMAS (2011), Rapport de synthèse des ateliers (Kaolack, Diourbel, Fatick et Kaffrine), Identification des paquets de soins et de mise en commun des gros risques par les mutuelles de santé, Consortium des acteurs en MAS (CAMAS), Janvier 2011.
- 31-** PAMAS (JANVIER 2013), rapport de la cinquième mission d'assistance technique perlée au PAMAS Bénédicte Fonteneau
- 32-** PAMAS (Juillet-Août 2012), rapport de la quatrième mission d'assistance technique perlée au PAMAS Bénédicte Fonteneau
- 33-** PAMAS (Mars 2012) rapport de la quatrième mission d'assistance technique perlée au PAMAS Bénédicte Fonteneau
- 34-** PAMAS, Outil de suivi des données (grille de supervision; canevas de supervision; données à collecter; plan d'action issue aux recommandations).
- 35-** PNUD, 2008
- 36-** Rapport BIT (2014)
- 37-** République du Sénégal (2006), Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSRP) 2006-2010, Octobre 2006
- 38-** Revue annuelle conjointe (RAC) sur l'état d'avancement de la stratégie sénégalaise de développement de la Couverture Maladie Universelle (17-18 juin 2013)
- 39-** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives Martine Audibert Eric de Roodenbeke Avril 2005
- 40-** Valery Ridde (2004 ,2005 et 2006) « Equité et mise en œuvre des politiques de santé au
- 41-** PAMAS (Octobre 2011) rapport de la quatrième mission d'assistance technique perlée au PAMAS Bénédicte Fonteneau

## TABLE DES MATIERES

<b>DEDICACES .....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>V</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>VI</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VIII</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES ET INDIGENTES DANS UN CONTEXTE DE VOLONTÉ D'ACCÉDER A LA CMU.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE II : OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>9</b>
1- Objectifs général et spécifiques.....	9
2- Hypothèses de l'étude.....	9
3- Intérêt de l'étude.....	10
<b>CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ACCÈS DES SOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS DÉMUNIES .....</b>	<b>11</b>
1- L'équité d'accès aux soins de santé en Afrique .....	11
2- Couverture santé universelle.....	14
3- Mutualité, assurance et CMU au Sénégal .....	17
4- Etat des lieux de la CMU au Sénégal .....	19
5- Le fonds d'équité.....	25
<b>CHAPITRE IV : CADRE D'ÉTUDE.....</b>	<b>35</b>
1- Cadre général : le Sénégal .....	35
1-1- Présentation du Sénégal .....	35
1-1-1- Situation géographique, démographique et sanitaire du Sénégal .....	35
1-1-2- Situation économique du Sénégal.....	36
2- Cadre opérationnelle : la région de Kaffrine .....	36
2-1- Généralités sur la région de Kaffrine .....	36
<b>CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>39</b>
1- Type d'étude et population d'étude et sélection des participants.....	39
2- Collecte et analyse de données.....	40
3- Limites et contraintes de l'étude.....	43

<b>CHAPITRE VI : ANALYSE EMPIRIQUE DE L'IMPACT DU FONDS D'EQUITE SUR L'ACCES AUX SOINS DES PLUS PAUVRES DANS LA REGION DE KAFFRINE .....</b>	<b>46</b>
1- Résultats.....	46
2- Discussion .....	67
2-1- Une sélection objective et transparente des vrais pauvres .....	68
2-2- Un manque d'information qui limite l'utilisation des services.....	68
2-3- Un paquet de service attractif dans certaines zones.....	69
2-4- Appréciation du FE de façon globale.....	70
2-5- Difficultés rencontrées depuis l'enrôlement .....	71
2-6- Evaluation du fonds d'équité .....	72
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>75</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>78</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	
<b>ANNEXES.....</b>	
<b>ANNEXE 1 : GRILLE D'EVALUATION VERIFICATION DES CRITERES DE PAUVRETE.....</b>	

## **ANNEXES**

Annexe 1 : Grille vérification des critères de pauvreté

Annexe 2 : Outils de mesures de la viabilité du FE

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux les responsables des mutuelles partenaires du FE,  
Méthode de détermination de la viabilité des mutuelles

Annexe 4 : Questionnaire adressé aux bénéficiaires

Annexe 5 : Questions pour mesurer l'appréciation des bénéficiaires vis-à-vis du fonds d'équité et de leur mutuelle

:

:

**Annexe 1 : GRILLE D'EVALUATION VERIFICATION DES CRITERES DE PAUVRETE**

<b>Partie 1: Composition du ménage</b>				
<b>No</b>	<b>Questions</b>	<b>Réponses possibles</b>	<b>Cochez la bonne réponse</b>	
			<b>Situation en 2012</b>	<b>Situation en 2015</b>
<b>1</b>	Nombre d'adultes (18 à 64 ans) en bonne santé dans le ménage	Plus de 2		
		2		
		0 ou 1		
<b>2</b>	Nombre d'adultes malades de plus de 3 mois	0		
		1 – 2		
		Plus de 2		
<b>Partie 2: Conditions de la vie</b>				
<b>No (suite)</b>	<b>Aspects retenus</b>	<b>Réponses possibles</b>	<b>Cochez la bonne réponse</b>	
			<b>Situation en 2012</b>	<b>Situation en 2015</b>
<b>3</b>	Habitat	Matériaux définitifs (ciment, tôles, briques ou pierres)		
		Matériaux locaux ou provisoires		
		Sans domicile fixe		
		En zone insalubre/marécage/non sécurisé		
<b>4</b>	Maison	Propriétaire de la maison		
		Locataire de la maison		
		Logement gratuit		
<b>5</b>	Alimentation	Plus de 2 repas par jour		
		Un à deux repas par jour		
		Moins d'un ou un repas par jour		
<b>6</b>	Qualité de l'alimentation	Bonne qualité, variation de la nourriture		

		Faible qualité (pas de variation)		
7	Activité économique du Chef de ménage	Salarié/Employée		
		Agriculteur, petit marchand		
		Pas d'activité ; agriculture de subsistance		
8	Fréquentation scolaire	Enfants peuvent aller à l'école avec livres et uniformes (niveau secondaire et universitaire)		
		Enfants vont à l'école irrégulièrement (niveau primaire et secondaire)		
		Enfants ont arrêté d'aller à l'école ou y vont sans livres et uniformes		
9	Revenu mensuelle du ménage	51.000 et plus		
		26.000 à 50.000 FCFA		
		0 à 25.000 FCFA		
10	Revenu mensuel du ménage rapporté au nombre de membres du ménage	>10.000 par membre		
		5000 à 10.000 par membre		
		< 5000 par membre		
11	Possession des appareils électroniques	Possession d'une TV et d'une radio		
		Possession d'une radio		
		Pas de possession d'une TV ou d'une radio		
12	Possession des meubles	Possession d'une table, des chaises et d'une cuisine		
		Possession des chaises		
		Aucune possession des meubles		
13	Existence d'épargne	Epargne existe		
		Membre d'une tontine		
		Aucune forme d'épargne		
14	Existence des Collatéraux	Collatéraux existent dans le proche environnement qui soutien		

		Collatéraux existent mais sont loin et appuie irrégulièrement		
		Pas de collatéraux		
15	Appui externe	est appuyé par _____ Régulièrement		
		a reçu un appui _____ fois		
		Pas d'appui externe		
<b>Partie 3: Santé et Mutuelle de Santé</b>				
No (suite)	Aspects retenus	Réponses possible	Cochez la bonne réponse	
			Situation en 2012	Situation en 2015
16	Accès aux soins de santé	Accès aux soins de santé moderne		
		Recours aux tradi-praticiens		
		Automédication, Médicaments de la rue		
17	Maladie du Chef de ménage	Non		
		Chaque trimestre		
		Chaque mois		
18	Quel montant aviez-vous payé de la cotisation totale de votre ménage?			
19	Quand on a subventionné la prise en charge médicale des membres de votre ménage, vous aviez pu compléter le coût des prestations?	Oui		
		Non		

Annexe 2

<b>OUTILS DE MESURE DE LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE</b>
--

**Tableau 1** : Compte de résultat de l'année 2011

<b>CHARGES</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>PRODUITS</b>	<b>MONTANTS</b>
Prestations maladie		Cotisations perçues	
Charges d'exploitation			
Total des charges		TOTAL DES PRODUITS	
RESULTAT DE L'EXERCICE			
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

**Tableau 2** : Compte de résultat de l'année 2012

<b>CHARGES</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>PRODUITS</b>	<b>MONTANTS</b>
Prestations maladie		Cotisations perçues	
Charges d'exploitation			
Total des charges		TOTAL DES PRODUITS	
RESULTAT DE L'EXERCICE			
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

**Tableau 3 : Bilan de l'exercice 2011**

<b>ACTIFS</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>PASSIFS</b>	<b>MONTANTS</b>
<b>ACTIFS IMMOBILISÉS</b>		<b>CAPITAUX PROPRES</b>	
- <i>Matériel</i>		- <i>Réserves</i>	
- <i>Intérêt</i>		- <i>Report à nouveau</i>	
		- <i>Cotisations reçues</i>	
<b>ACTIFS CIRCULANTS</b>		<b>PASSIFS CIRCULANTS</b>	
- <i>Banque</i>			
- <i>Caisse</i>			
- <i>Créance (cotisations à recevoir)</i>		- <i>Dettes (facture à payer)</i>	
<b>TOTAL ACTIFS</b>		<b>TOTAL PASSIFS</b>	

**Tableau 4 : Bilan de l'exercice 2012**

<b>ACTIFS</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>PASSIFS</b>	<b>MONTANTS</b>
<b>ACTIFS IMMOBILISÉS</b>		<b>CAPITAUX PROPRES</b>	
- <i>Matériel</i>		- <i>Réserves</i>	
		- <i>Report à nouveau</i>	
- <i>Intérêt</i>		- <i>Cotisations reçues</i>	
<b>ACTIFS CIRCULANTS</b>		<b>PASSIFS CIRCULANTS</b>	
- <i>Banque</i>			
- <i>Caisse</i>			
- <i>Créance</i>		- <i>Dettes (facture à payer)</i>	
<i>(cotisations à recevoir)</i>			
<b>TOTAL ACTIFS</b>		<b>TOTAL PASSIFS</b>	

## QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX RESPONSABLES DES MUTUELLES

### A-Présentation de la mutuelle

#### 1-Aspects généraux

Tableau 1 :

Rubriques	Réponses
Date de création de la mutuelle	
Situation géographique ou localisation	
Nombre de département ou commune couverts par la mutuelle	
Population totale de la zone de couverture	
Mission principale de la mutuelle	
Statut juridique de la mutuelle	

#### 2-Adhésion à la mutuelle

##### ➤ Conditions d'adhésion

Personnes éligibles :

Droit d'adhésion par membre :.....

Montant mensuelle de la cotisation par bénéficiaire :.....

➤ **Situation de la mutuelle en 2012, 2013 et 2014**

Tableau 2 : Evolution du nombre d'adhérents en fonction du temps

Années	2012	2013	2014
--------	------	------	------

Population cible

Nombre d'adhérents

Nombre de bénéficiaires

Cotisation par bénéficiaire

**3-Prestations couvertes**

Tableau 3 : Prestations couvertes et taux de prise en charge

Prestations couvertes	Taux de prise en charge au Poste de santé	Taux de prise en charge au centre de santé
-----------------------	--	---

**Consultations**

**Médicaments génériques**

**CPN**

**CPON**

**Accouchement**

**Hospitalisation**

**Actes chirurgicaux**

**Radio**

**Autres services**

#### 4- Les raisons qui justifient le taux de prise en charge

##### B- La présentation du centre de santé

###### 1- Historique

<b>Rubriques</b>	<b>Présentation</b>
<b>Situation géographique</b>	
<b>Nombre de postes de santé polarisés</b>	
<b>Nombre d'infirmier et sages-femmes</b>	
<b>Autorités dirigeantes du centre de santé</b>	

###### 2-Les services disponibles

<b>Services</b>	<b>Mettre une croix si service disponible</b>
<b>Pédiatrie</b>	
<b>Radiologie</b>	
<b>Laboratoire d'analyse</b>	
<b>Cabinet dentaire</b>	
<b>Maternité</b>	
<b>Médecine général</b>	
<b>Service social</b>	
<b>Ophtalmologie</b>	
<b>Education pour la santé</b>	

Annexe 4

**QUESTIONNAIRE BENEFICIAIRES**

**FICHE ENQUÊTE SOCIALE**

---

---

**FICHE D'IDENTIFICATION DES CIBLES**

*Enquête sociale auprès des ménages*

*Bénéficiaires du Fonds d'équité*

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'enquête : \_\_\_\_\_

**Partie 1 : Localisation**

Région :.....  
.....

Département :.....  
.....

Commune/Village :.....  
.....

Nom du chef de concession :.....

Nom et prénom du chef de ménage :.....

Sexe.....  
.....

Date et lieu de naissance.....

### Partie 2: Composition du ménage

No	Questions	Réponses possibles	Cochez la bonne réponse
1	Nombre d'adultes (18 à 64 ans) en bonne santé dans le ménage	Plus de 2	
		2	
		0 ou 1	
		0	
2	Nombre d'adultes malades de plus de 3 mois	1 – 2	
		Plus de 2	
3	Présence d'enfants handicapés ou malades	Oui	
		Non	

### Partie 3: Conditions de la vie

No (suite)	Aspects retenus	Réponses possibles	Cochez la bonne réponse
4	Habitat	Matériaux définitifs (ciment, tôles, briques ou pierres)	
		Matériaux locaux ou provisoires	
		Sans domicile fixe	
		En zone insalubre/marécage/non sécurisé	
5	Maison	Propriétaire de la maison	
		Locataire de la maison	
		Logement gratuit	
6	Alimentation	Plus de 2 repas par jour	
		Un à deux repas par jour	
		Moins d'un ou un repas par jour	
7	Qualité de l'alimentation	Bonne qualité, variation de la nourriture	

		Faible qualité (pas de variation)
		Salarié/Employée
		Agriculteur, petit marchand
<b>8</b>	Activité économique du Chef de ménage	Pas d'activité ; agriculture de subsistance
		Enfants peuvent aller à l'école avec livres et uniformes (niveau secondaire et universitaire)
<b>9</b>	Fréquentation scolaire	Enfants vont à l'école irrégulièrement (niveau primaire et secondaire)
		Enfants ont arrêté d'aller à l'école ou y vont sans livres et uniformes
<b>10</b>	Revenu mensuelle du ménage	51.000 et plus 26.000 à 50.000 FCFA 0 à 25.000 FCFA
		>10.000 par membre
<b>11</b>	Revenu mensuel du ménage rapporté au nombre de membres du ménage	5000 à 10.000 par membre < 5000 par membre
		Possession d'une TV et d'une radio
<b>12</b>	Possession des appareils électroniques	Possession d'une radio Pas de possession d'une TV ou d'une radio
		Possession d'une table, des chaises et d'une cuisine
<b>13</b>	Possession des meubles	Possession des chaises Aucune possession des

		meubles
14	Existence d'épargne	Epargne existe Membre d'une tontine Aucune forme d'épargne Collatéraux existent dans le proche environnement qui soutien
15	Existence des Collatéraux	Collatéraux existent mais sont loin et appuie irrégulièrement Pas de collatéraux est appuyé par _____
16	Appui externe	Régulièrement a reçu un appui _____ fois Pas d'appui externe

#### Partie 4: Santé et Mutuelle de Santé

No (suite)	Aspects retenus	Réponses possible	Cochez la bonne réponse
17	Accès aux soins de santé	Accès aux soins de santé moderne Recours aux tradi-praticiens Automédication, Médicaments de la rue Non	
18	Maladie du Chef de ménage	Chaque trimestre Chaque mois	

#### Seulement pour non-mutualistes

No (suite)	Questions	Réponses possible	Cochez la bonne réponse
19	Est-ce que vous avez déjà entendu parlé de la MS ?	Oui Non	

20 Etes- vous intéressé d'adhérer à la MS ?  
Oui  
Non

**Pour tout le monde**

<b>No (suite)</b>	<b>Questions</b>	<b>Réponses possibles</b>	<b>Cochez la bonne réponse</b>
21	Quel montant pouvez-vous payer de la cotisation totale de votre ménage?		
22	Si on subventionner la prise en charge médicale des membres de votre ménage, est-ce vous pouvez compléter le coût des prestations?	Oui Non	

## Annexe 5

### QUESTIONS POUR MESURER L'APPRECIATION DES BENEFICIAIRES VIS-A-VIS DU FONDS D'EQUITE ET DE LEUR MUTUELLE

#### **Appréciation globale du FE**

- 1) Pensez-vous que vos revenus constituaient une véritable barrière dans l'accès aux soins de santé ? Pourquoi ?
- 2) Grace aux fonds d'équité, aviez-vous l'opportunité de choisir le prestataire qui répond le mieux à vos besoins ?
- 3) Quelle est votre appréciation globale du Fonds d'équité ?
- 4) Le Fonds d'équité a-t-il joué un rôle positif concernant votre accès aux soins de santé dans les structures sanitaires ?
- 5) Pensez-vous que vos besoins étaient bien pris en charge grâce au Fonds d'équité ?
- 6) Comment pensez-vous que le fonds d'équité a été utile pour vous ? Que vous a-t-il apporté ?

#### **Appréciation des mutuelles**

- 7) Qu'est-ce qui a motivé votre acceptation d'être enrôlé dans une des mutuelles de santé et votre utilisation des services?
- 8) Avez-vous senti une certaine discrimination par rapport aux autres adhérents de la mutuelle ?
- 9) Aviez-vous la possibilité d'accéder le plus tôt possible aux structures de santé ? (temps d'attente) ? Pourquoi ?
- 10) Quelle a été votre appréciation sur les services offerts par les mutuelles de santé et les structures de santé ?
- 11) Le bureau de la mutuelle a-t-il facilité votre accès aux soins ?
- 12) Les soins de santé reçus étaient-ils gratuits ?
- 13) Pensez-vous que les services offerts par les mutuelles correspondent à vos besoins ?
- 14) Pensez-vous que le paquet de service a répondu à vos besoins en matière de soins de santé ?
- 15) Les médicaments étaient-ils disponibles ?
- 16) Comment percevez-vous l'initiative du fonds d'équité d'enrôler les indigents et personnes vulnérables à travers les mutuelles aujourd'hui ?
- 17) Les prestataires de soins étaient-ils disponibles ?
- 18) Aviez-vous payé pour les services ?
- 19) Les malades étaient-ils traités différemment des autres dans les structures de santé ?