

Présenté par

Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion Département CESAG Santé MBA en Economie de la Santé 20^{ème} promotion (2017-2018)





Mémoire de fin de formation Pour l'obtention du Master in Business Administration en

Economie de la Santé (MBA-ES)

ANALYSE DE L'EFFET DES MUTUELLES DE SANTE SUR LA QUALITE DES SOINS EN MILIEU RURAL : LE CAS DE NIAKHAR (FATICK, SENEGAL)

M. Ousmane Diop M. Richard Lalou Démographe-chercheur à l'IRD

M. Mansoum Ndiaye Enseignant-chercheur au CESAG

vi. iviansoum i vaiaye

Sous la direction de :

DEDICACE

BISMILLAHI RAHMANI RAHIM

Je rends grâce à Allah, Le Tout Puissant, Le très Miséricordieux, L'Omniscient de m'avoir guidé et permis d'achever ce travail

Je prie sur le prophète Mouhammad (PSL).

In mémorium

A ma mère,

Tu es parti si tôt, je garderai pour toujours les souvenir d'une mère exemplaire, droite, généreuse, dévouée et proche de ses enfants. Je ne t'oublierai jamais. Qu'Allah t'accorde le paradis éternel comme demeure

A mon très cher père, Babacar Diop. Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présent à mes côtés pour m'épauler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A ma 2ème maman Diobé N'diaye. Ton amour, ton affection et tes prières n'ont jamais fait défaut. Tu as su comprendre mes préoccupations et tu n'as ménagé aucun effort pour les rendre réalisables. Je n'ai pas les mots pour qualifier ton courage, ta générosité et ta bravoure. Tu es une fierté pour moi. Merci pour la bonne éducation que tu m'as transmise et pour tes encouragements. Reçois ce travail comme une récompense pour tes années de sacrifices de persévérance dans la prière. Que Dieu t'accorde une longue vie et te garde en bonne santé pour que je puisse à mon tour, remplir ton cœur de joie.

A ma si douce et tendre « Bishounette ». Aucun superlatif ne saurait exprimer l'amour infini et l'estime que j'éprouve à ton égard. Ton aide et ta présence inconditionnelle à mes côtés, et en toutes circonstances m'ont rendu meilleur, tant j'ai appris à tes côtés, par ta patience, ton écoute, ton attention, ton dévouement à notre futur. Je ne te dirai qu'une chose « TOI ET MOI, POUR LA VIE, POUR L'ETERNITE »

A ma fille, Houriya Soukeynatou Diobé Diop, affectueusement appelé « Bou-Bou ». Ton arrivé tant attendu dans notre vie a apporté un éclat de bonheur, de tendresse à notre vie. Trouve en ces mots toute l'affection et l'amour inconditionnel que ta mère et moi éprouvons pour toi.

A mes sœurs et frère, Dikh et Abdourahmane et leurs enfants Amy Houriya, Ibrahima, Cheikh Tidiane, à Ablaye et Fatou. En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.

A mes beaux-parents, Jean Moustapha Bangoura et Soukeynatou Tall, Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Vos prières, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été d'un grand secours. Puisse Dieu, le tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

A mes beaux-frères et belles-sœurs : Fatou, Adja, Bouba et Khoudia et leurs enfants, Dabakh, Ousmane, Kabélé, Amadou. Merci de m'avoir accueilli parmi vous. Puisse ce travail témoigner de ma profonde affection et de ma sincère estime.

A ma grande famille de Sébikotane et de Fadia, pour tout l'amour dont vous avez fait montre, recevez ce travail en guise de ma profonde affection.

A mes amis, Ibrahima Thiam et Mamadou et leurs épouses, à Cheikh Tidiane Diop pour votre amitié et votre sincérité inconditionnelle, je vous remercie du fond du cœur.

A mes collègues de travail du Centre de Santé Abdou Aziz Sy « Dabakh » et du Centre de Santé Mamadou Diop, je vous remercie pour votre attention et votre professionnalisme dans le travail de tous les jours.

A mes amis, frères et sœurs de la 20ème promotion de MBA en Economie de la Santé, grâce à vous, j'ai passé l'une de mes meilleures années d'études. Une atmosphère de paix, de joie, de convivialité et d'amour a rythmé l'ambiance de notre salle de classe durant toute l'année. Puisse Dieu vous offrir santé, prospérité et une carrière dans les plus hautes instances.

REMERCIEMENTS

CAC.

A **Richard Lalou**, qui malgré un emploi du temps très chargé, et d'immense responsabilité a accepté de nous encadrer dans ce travail, avec des remarques d'une pertinence et d'une originalité hors pair.

A **Dr Mansoum Ndiaye** pour avoir accepté spontanément d'encadrer ce travail et pour vos enseignements d'une qualité de haute facture.

A **Dr Cheikh Sokhna** pour l'accueil chaleureux dès les premiers jours au sein de l'unité et pour la rigueur dont vous faite montre dans le travail.

A El Hadji Ba pour votre disponibilité, votre gentillesse, votre souciance tant sur le plan professionnel que personnel, pour votre esprit critique et pour votre « élégance intellectuelle ».

A **Dr Aldiouma Diallo**, pour votre soutien moral, vos contributions si remarquables, et l'aide que vous nous avez apporté dans la réalisation de ce travail.

A Luis Sagaon-Teyssier pour ta promptitude, ta disponibilité exemplaire, ton dévouement, ton immense aide dans ce travail. Tes contributions m'ont aidé tout au long de la rédaction de ce travail.

A l'attention du personnel de l'Institut de Recherche et de Développement, en l'occurrence **Emilie, Tiané, Prosper, Fa Mbaye, Youssou, Richmond, Malick** pour leur amabilité, leur attention, leur convivialité et sans qui ce travail n'aurait été possible.

Au personnel de la station de Niakhar, particulièrement à **Robert Diatte**, **Samba Diatte et Barry Sylla** qui n'ont ménagé aucun effort tout au long de ce travail et ont produit des résultats de haute qualité.

Au personnel du district sanitaire de Niakhar, à savoir **Dr Felix Diouf** (MCD District Sanitaire de Niakhar), **Dr Awa Diop, Bernadette** (ICP Poste de Santé de Ngayokhème) pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité et sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été si aisée.

A notre enseignant et chef de département de CESAG Santé, **Dr El Hadji Gueye**, je vous remercie pour les conseils et enseignement que vous nous avez prodigué tout au long de l'année, ainsi qu'aux efforts consentis pour la bonne marche de notre département.

A **Mme Mously SEYE**, pour toute son assistance, son amabilité, son attention envers la classe et sa disponibilité tout au long de notre parcours.

A toutes les enseignantes et tous les enseignants qui ont participé à ma formation, je vous remercie.



Liste des sigles et abréviations

ACMU: Agence de la Couverture Maladie Universelle

ANSD: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

CMU: Couverture Maladie Universelle

DECAM: Décentralisation de l'Assurance Maladie

HTA: Hypertension artérielle

IB: Initiative de Bamako

IRA: Infection respiratoire aiguë

OMS: Organisation mondiale de la Santé

Liste des tableaux

Tableau 1:	Evolution des Mutuelles de Santé en Afrique	4
Tableau 2 :	Indicateurs de disponibilité des services	28
Tableau 3 :	Densité du personnel de santé	29
Tableau 4 :	Disponibilité des médicaments au Centre de Santé de Niakhar	31
Tableau 5 :	Disponibilité des médicaments au Poste de Santé de Ngayokhème	33
Tableau 6 :	Affluence hebdomadaire des patients	34
Tableau 7 :	Symptômes/Pathologies les plus fréquents	34
Tableau 8 :	Moyenne du nombre d'année d'expérience	37
Tableau 9 :	Score global du modèle de Donabedian chez les prestataires de soins	45
Tableau 10 :	Test de khi2 entre les rubriques du modèle de Donabedian	45
Tableau 11 :	Fréquence des consutlations par fonction	56
Tableau 12 :	Motivation de désir des patients d'adhérer à une Mutuelle de Santé	60
Tableau 13 :	Motivation du refus des patients d'adhérer à une Mutuelle de Santé	61
Tableau 14 :	Statistique des dépenses entre adhérent et non-adhérent	66
Tableau 15 :	Relation entre le statut d'adhésion et les dépenses des patients	66
Tableau 16 :	Score global du modèle de Donabedian chez les patients	69
Tableau 17 :	Relation entre le statut d'adhésion et la réponse des patients	70
Tableau 18 :	QSP-18, Influence des rubriques sur la satisfaction générale des patients	76
	QSP-18, Influence des rubriques sur la satisfaction générale des patients	

Liste des figures

Figure 1 :	Mesure de la qualité des soins (performance du système de santé) p	oar le
	modèle de Donabedian	16
Figure 2 :	Effectif du personnel par établissement sanitaire	30
Figure 3:	Effectif du personnel soignant par genre	35
Figure 4:	Effectif du personnel soignant par tranche d'âge	35
Figure 5 :	Effectif du personnel soignant par situation matrimoniale	36
Figure 6 :	Effectif du personnel soignant par fonction	36
Figure 7 :	Effectif du personnel soignant suivant le statut	37
Figure 8 :	Supervision du personnel soignant	38
Figure 9 :	Disponibilité des ordinogrammes	38
Figure 10 :	Participation à des formations continues	39
Figure 11 :	Moyens de connaître le statut d'adhésion du patient	40
Figure 12 :	Motifs de la prescription plus importante de médicament d'officine	e aux
adhérents		40
Figure 13 :	Moyenne des durées en minutes du point de vue du personnel soignant	41
Figure 14 :	Moyenne des items du modèle de Donabedian	42
Figure 15 :	Comparaison des items entre les structure sanitaires	43
Figure 16 :	Comparaison des items entre les structure sanitaires	43
Figure 17 :	Score du modèle de Donabedian par fonction du point de vue des presta	
	de soins	46
Figure 18 :	Score du modèle de Donabedian par établissement de santé du point de vu	ie des
	prestataires de soins	47
Figure 19 :	Effectif des patients par genre et par statut d'adhésion	48
Figure 20 :	Répartition des patients par tranche d'âge	49
Figure 21 :	Répartition des patients par situation matrimoniale	50
Figure 22 :	Répartition par régime marital et par adhésion	50
Figure 23 :	Effectif des patients par adhérent et non-adhérent et par Poste de Santé	51
Figure 24 :	Patients atteints de maladie chronique	52
Figure 25 :	Proportion des maladies chroniques	52
Figure 26 :	Recours aux soins par tranche d'âge	53
Figure 27 :	Recours aux soins dans les 48H ou plus	54
Figure 28 :	Recours aux soins dans les 48H ou plus selon le statut d'adhésion	54

Figure 29:	Moyenne des durées en minutes entre structures sanitaires	. 55
Figure 30:	Moyenne des durées en minutes entre adhérents et non-adhérents	. 56
Figure 31:	Motifs d'adhésion à une Mutuelle de Santé	. 57
Figure 32:	Motivation de l'adhésion à la Mutuelle de Santé chez les femmes en âge	de
	procréer	. 58
Figure 33:	Perception de la prise en charge des adhérents après leur adhésion	. 58
Figure 34 :	Opinion des non-adhérents	. 59
Figure 35:	Moyenne du nombre de médicaments prescrit par épisode de maladie	. 62
Figure 36:	Dépenses liées aux médicaments par structure sanitaire	. 63
Figure 37:	Prix des médicaments entre adhérents et non-adhérents et par structure	. 63
Figure 38:	Prix de l'ordonnance selon la fonction	. 64
Figure 39:	Impact de la prise en charge de la Mutuelle de Santé sur le prix	des
médicaments	\(\O_1\)	. 65
Figure 40:	Score du modèle de Donabedian du point de vue des patients	. 68
Figure 41:	Score du modèle de Donabedian par structure sanitaire du point de vue	des
	patients	. 71
Figure 42:	Score du modèle de Donabedian par tranche d'âge du point de vue des patie	nts
		. 72
Figure 43:	Score du modèle de Donabedian par genre du point de vue des patients	. 72
Figure 44:	Score du modèle de Donabedian par statut d'adhésion (1)	. 73
Figure 45 :	Score du modèle de Donabedian selon le statut d'adhésion (2)	
Figure 46:	Score global du QSP-18.	. 75
Figure 47:	Score QSP-18 au Centre de Santé de Niakhar	. 77
Figure 48 :	Score QSP-18 au Poste de Santé de Niakhar	. 77
Figure 49 :	Score QSP-18 chez les patients sans maladie chronique	. 78
Figure 50 :	Score QSP-18 chez les patients atteints de maladie chronique	. 79
Figure 51:	Score QSP-18 par statut d'adhésion	. 79
Figure 52 :	Score QSP-18 chez les femmes	. 80
Figure 53 :	Score QSP-18 chez les hommes	. 81
Figure 54 :	Comparatif du modèle de Donabedian	. 82
Figure 55 :	Comparatif du temps d'attente (en minutes)	. 82
Figure 56 :	Comparatif de la durée de la consultation (en minutes)	. 83
Figure 57 :	Comparaison des items du modèle de Donabedian	. 84

Liste des annexes

Annexe 1:	Questionnaire adhérents à la Mutuelle de Santé	104
Annexe 2 :	Questionnaire non-adhérents à la Mutuelle de Santé	1098
Annexe 3:	Questionnaire Personnel soignant	114
Annexe 4	Ouestionnaire du responsable de l'établissement : ICP/Médecin-chef	118

Table des matières

DEDICACE I

REMERCIEMENTS	7	VII
Liste des sigles et abréviations		. X
Liste des tableaux		XI
Liste des figures		XII
Liste des annexes	X	ΊV
INTRODUCTION GENERALE		1
1.1 Contexte		2
1.1.1 Les Mutuelles de Santé		3
1.1.2 Qualité des soins		5
1.2 Problématique		6
	8/_	
1.3.2 Questions spécifiques		8
1.4 Objectifs de recherche		8
1.4.1 Objectif général		8
	`Ψ,	
1.5 Introduction à la méthodologi	e	9
1.6 Justification et intérêt du sujet	·	9
1.7 Hypothèses		10
1.8 Plan du mémoire		10
PREMIERE PARTIE		11
1. Chapitre 1 : Cadre théorique		12
1.1 Revue de la littérature		13
1.2 Méthodologie		16
1.2.1 Cadre d'étude		16

	1.2.2	Type d'étude	17
	1.2.3	Echantillonnage	17
	1.2.4	Variables d'étude	18
	1.2.5	Collecte et analyse des données	23
DI	EUXIEMI	E PARTIE	24
2.	Chap	itre 2 : Cadre pratique	25
	2.1 De	éroulement de l'étude	26
	2.2 Le	es Mutuelles de Santé	26
3.	Chap	itre 3 : Présentation des résultats	27
	3.1 St	ructure des établissements de Santé	28
	3.1.1	Indicateurs de disponibilité des services	28
	3.1.2	Infrastructures sanitaires	28
	3.1.3	Densité du personnel de santé	29
	3.1.4	Disponibilité des médicaments	30
	3.1.5	Affluence hebdomadaire des patients	34
	3.1.6	Symptômes les plus fréquents	34
	3.2 Le	es prestataires de soins	34
	3.2.1	Effectif du personnel soignant par genre	35
	3.2.2	Effectif du personnel soignant par tranche d'âge	35
	3.2.3	Effectif du personnel soignant par situation matrimoniale	
	3.2.4	Effectif du personnel soignant par fonction	36
	3.2.5	Expérience professionnelle du personnel soignant	37
	3.2.6	Contractant du personnel soignant	37
	3.2.7	Supervision du personnel soignant	38
	3.2.8	Disponibilité des ordinogrammes	38
	3.2.9	Formations continues	39
	3 2 10	Connaissance de l'affiliation à une Mutuelle de Santé du patient	30

3.2.11	Prescription de médicaments	40
3.2.12	Temps d'attente et de consultation	40
3.2.13	Résultat selon le modèle de Donabedian chez les prestataires de soins	41
3.3 Le	es patients	47
3.3.1	Effectif des patients par genre	47
3.3.2	Effectif par tranche d'âge	48
3.3.3	Effectif par situation matrimoniale	49
3.3.4	Effectif par statut d'adhésion et par établissement de santé	51
3.3.5	Les maladies chroniques	51
3.3.6	Recours aux soins	53
3.3.7	Temps d'attente et durée de la consultation	55
3.3.8	Les consultants	56
3.3.9	Motivation de l'adhésion à une Mutuelle de Santé	57
3.3.10	Perception de la prise en charge des adhérents après leur adhésion	58
3.3.11	Perception des non-adhérents sur les adhérents	
3.3.12	Dépenses de Santé	61
3.3.13	Résultat du modèle de Donabedian chez les patients	66
3.3.14	Résultats du QSP-18.	75
3.4 Re	ésumé comparatif entre prestataires de soin et patients	81
	iscussion	
Recommand	lations	89
Conclusion	générale	92
Perspectives	S	94
Bibliograph	ie	95
Annexes		103
Annexe 1:	Questionnaire adhérents à la Mutuelle de Santé	104
Annexe 2:	Questionnaire non-adhérents à la Mutuelle de Santé	109

Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar	(Fatick,
Sénégal)	

Annexe 3 : Questionnaire Personnel soignant	114
Annexe 4 : Questionnaire du responsable de l'établissement : ICP/Médecin-chef	118
Table des matières	120



INTRODUCTION GENERALE

1.1 Contexte

La moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé essentiels. Les dépenses de santé plongent des millions de familles dans la pauvreté en raison de leur niveau très élevé qu'elles ont à leur charge. Il ressort d'un rapport de la Banque Mondiale et de l'OMS que 800 millions de personnes consacrent au moins 10% du budget du ménage aux dépenses occasionnées par les soins, pour elles-mêmes, un enfant malade ou un autre membre de la famille. Le niveau de ces dépenses suffit à plonger 100 millions d'entre elles dans une situation d'extrême pauvreté (OMS/Banque mondiale, 2017).

L'inaccessibilité aux soins touche principalement les personnes vivant en milieu rural ou travaillant dans le secteur informel urbain et qui sont les plus exposées aux risques de maladie. Cette inaccessibilité plus marquée en milieu rural perdure depuis des décennies (Bayege, 2005). Les principaux facteurs liés au manque d'accès aux soins de santé étaient d'origine structurelle et individuelle (James et al., 1997/Musango, 2005) :

- > Structurelle : financements publiques insuffisants, utilisation inefficace des ressources disponibles, répartition inefficace des ressources entre les zones rurales et urbaines ainsi qu'entre les populations démunies et les populations nanties
- ➤ Individuel : inaccessibilité financière, dépenses de santé élevées des ménages, perception d'une qualité médiocre des soins

Ces observations sont globalement le résultat de la dégradation des conditions économiques au cours des années 80, qui s'est accompagnée dans les pays en développement, et d'une détérioration de l'état de santé de la population, notamment des couches les plus pauvres ; cette situation contrastant avec une demande en santé de plus en plus grandissante. La réduction des dépenses publiques dans le secteur de la santé, du fait de l'application des politiques d'ajustement structurel, a eu des conséquences négatives importantes sur la disponibilité et la qualité des soins offerts (Hugon, 1989; Kamdoum, 1994). Ces conséquences ont été visibles surtout au niveau des Soins de Santé Primaires (SSP) qui doivent contribuer à réduire l'iniquité, l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé.

Dans un contexte d'augmentation des inégalités sociales d'accès aux soins, le monde a vu naître, depuis une vingtaine d'année, un système de micro-assurance santé (Mutuelle de Santé à base communautaire) (Defourny J., 2011).

1.1.1 Les Mutuelles de Santé

Les Mutuelles de Santé sont des structures à but non-lucratif qui ont pour objectif principal d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé.

Créées au départ à l'initiative des communautés ou des filières industrielles, les Mutuelles sont aujourd'hui un des instruments des programmes nationaux de Couverture Maladie Universelle. Selon l'Agence de la Couverture Maladie Universelle du Sénégal, la Mutuelle de Santé est une association de personnes volontaires, à but non-lucratif qui essentiellement par le biais des cotisations de ses membres, mène des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en direction d'elles-mêmes ou de leur famille en vue de prendre en charge les risques sanitaires liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences (ACMU, 2016).

Les Mutuelles de Santé ont connu des évolutions hétérogènes dans le monde. Elles ont régressé en nombre dans les pays développés, alors qu'en Afrique, elles ont connu une progression en nombre fulgurante durant ces 30 dernières années (Tableau 1) (Ndiaye, 2004). En France, par exemple, le nombre de mutuelles de santé a été divisé par plus de dix en 30 ans, passant de 6 000 à moins de 500, et ceci serait principalement dû à l'environnement concurrentiel, industriel et réglementaire robuste (exigence de solvabilité financière). (Chocron, 2018). En revanche en Afrique francophone, ces Mutuelles de Santé, sont en constante progression. Leur nombre a quadruplé en 6 ans (1997 et 2003), passant de 76 à 366.

Cette même tendance a été observée au Sénégal où le nombre de Mutuelles de Santé a été multiplié par 4.5 pour cette même période passant ainsi de 19 à 87. Cette dynamique s'est poursuivie dans le temps, et le pays comptait, en 2013, 676 Mutuelles de Santé. (ACMU, 2018)

Tableau 1: Evolution des Mutuelles de Santé en Afrique

	1997	2000	2003
Bénin	11	23	43
Burkina Faso	6	26	36
Cameroun	18	20	22
côte d'ivoire		29	36
Guinée	6	27	55
Mali	7	22	56
Mauritanie			3
Niger	6	12	12
Senegal	19	29	87
Tchad	3	4	7
Togo	0 + 8 projets	7	9
	76	199	366

Source: (Ndiaye, 2004)

Malgré cette progression du nombre des Mutuelles de Santé dans les pays en voie de développement, leur progression a été ralenti par la faible capacité contributive des ménages ainsi que la faible attractivité du paquet de soins proposé (Deville et al, 2018). Dans ce contexte, au Sénégal, un Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017 a été élaboré au Sénégal (PSD-CMU 2013-2017), dont l'objectif principal est l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de qualité, notamment chez les populations du secteur informel et du monde rural (MSAS, 2013).

Les Mutuelles de Santé sont organisées en trois niveaux dans le cadre de l'approche DECAM : au moins une Mutuelle de Santé communautaire par commune ; une union départementale dans chaque département et une union régionale dans chaque région. Les Mutuelles de Santé communautaires et les unions (départementale et régionale) remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions du financement de la santé au niveau local, départemental et régional, notamment dans les fonctions de collecte de ressources, de mise en commun des risques et d'achat de prestations de services de santé (Mutuelles de Santé Communautaire du Sénégal, 2015).

Les Mutuelles de Santé communautaires sont responsables de la prise en charge du paquet de base au niveau des Postes de Santé, des Centres de Santé et des officines privées de leurs zones d'intervention à travers la signature de conventions. De plus, le cadre de l'approche DECAM prévoit que les unions départementales, soient responsables de la prise en charge du paquet complémentaire (services des hôpitaux) et entretiennent des relations contractuelles avec les hôpitaux qui desservent le département et les hôpitaux nationaux. Cependant, pour accéder au paquet complémentaire, il faudra au préalable faire l'objet d'une référence depuis un Poste de Santé ou d'un Centre de Santé. Néanmoins, dans quelques régions, l'union départementale n'est pas encore fonctionnelle, et le rôle de ce dernier est transitoirement rempli par l'union régionale (Mutuelles de Santé Communautaire du Sénégal, 2015).

Les 676 Mutuelles de Santé dénombrées en 2013 ont été créées dans 552 communes du pays, mais malgré cette importante augmentation entre 2003 et 2013, 79,87% de la population restaient sans aucune couverture du risque maladie. Au 31 décembre 2017, le taux de couverture avait atteint 49,3% pour un objectif de 75%. La méconnaissance des mutuelles était le principal facteur explicatif de la faible adhésion des populations destinataires selon le rapport de l'ACMU paru en 2018 (ACMU, 2018).

L'expérience empirique nous a montré qu'il y avait trois facteurs clés dans la décision d'adhérer à une Mutuelle de Santé : la capacité des ménages à payer les contributions, la confiance que les gens ont dans la gestion du système, et la qualité de l'offre dans les structures auxquelles la Mutuelle de Santé donne accès (Bart Criel, 2014). Il convient cependant de préciser que, dans les pays en voie de développement incluant le Sénégal, la qualité des soins offerts par les structures de santé n'est pas un facteur de sélection de zone d'implantation de Mutuelles. Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins apparait actuellement comme un grand défi auquel les autorités, mais surtout les Mutuelles de Santé doivent faire face.

1.1.2 Qualité des soins

La qualité des soins est un concept multidimensionnel et complexe à définir. Selon l'OMS, « la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » . (www.santepublique.eu)

Selon Leprohon (Leprohon J., 2000) la qualité des soins peut être décomposée en 3 dimensions : la pertinence, l'efficacité et l'efficience. La pertinence représente la réponse des services de santé qui doit être conforme aux besoins de la population. L'efficacité est l'amélioration de l'état de santé de la population et l'efficience, l'utilisation optimale des ressources.

L'efficience semble être un des aspects principaux pour répondre à des besoins de santé de plus en plus coûteux (OMS, 2008). Cela devient une priorité dans un contexte de raréfaction des ressources financières et d'augmentation de la demande de services de santé. En effet, dans le cadre de l'objectif de développement durable (ODD) n°3, l'OMS incite les gouvernements à optimiser les ressources disponibles tout en assurant l'accès à des soins et des services de santé de haute qualité (Nations Unies, 2015).

En 2000, l'Organisation mondiale de la Santé a procédé à la première analyse des systèmes de santé dans le monde. Cinq indicateurs de performance avaient été étudiées pour mesurer les systèmes de santé des 191 Etats Membres :

- Le niveau de santé général
- ➤ La distribution de la santé dans la population : inégalités ou disparités de santé dans la population
- > Le degré général de réactivité : satisfaction des patients conjuguée au bon fonctionnement du système
- La distribution de cette réactivité : satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé
- ➤ La répartition de la contribution financière : répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population qui assume les coûts

L'analyse concluait que la France fournissait les meilleurs soins de santé généraux, suivie notamment de l'Italie, de l'Espagne. Le Sénégal occupait la 59^{ème} place de ce classement, et était 3^{ème} en Afrique devancé par le Maroc et la Tunisie. (OMS, 2000).

1.2 Problématique

L'une des préoccupations majeures des responsables politiques est de protéger la population contre les catastrophes financières et la paupérisation résultant de l'utilisation des services de santé. L'OMS suggère que les dépenses de santé soient considérées comme catastrophiques quand elles atteignent ou dépassent 40% du revenu non indispensable à la subsistance du

ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits (OMS, 2005). En 2005, l'OMS estimait que chaque année 44 millions de ménages dans le monde, soit plus de 150 millions de personnes, devaient faire face à des dépenses catastrophiques (OMS, 2005). Pour ces ménages avec une faible capacité financière, les dépenses catastrophiques surviennent dans des systèmes de santé où les services de santé sont réglés par paiement direct, et où les mécanismes de prépaiement sont inexistants (OMS, 2005).

Les Mutuelles de Santé ont été considérées, d'une part comme un moyen potentiellement efficace de lutte contre les exclusions financières par la réduction de la charge financière sur les ménages, mais d'autre part, leur existence a été vue aussi comme un mécanisme plus équitable permettant l'accès aux services de santé, comme une modalité d'amélioration de la qualité des soins, ou encore comme un outil de développement sanitaire (Galland B., 2004). Néanmoins, l'acceptation et l'adhésion aux mutuelles de santé restent limitées en raison d'une insatisfaction persistante vis à vis de la qualité et de la faible étendue des services proposés par les structures de santé (Yoko A., 2017). Ainsi, la qualité des soins est cruciale pour la l'instauration de la confiance de la population vis-à-vis des services de santé et par conséquent pour la réussite des initiatives en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle, telle que les Mutuelles de Santé. De plus, l'éthique et la déontologie médicale veulent que toutes personnes, sans discrimination aucune, puissent bénéficier d'une prise en charge de qualité minimal qui leur permette d'améliorer leur santé.

Les définitions et approches d'évaluation existantes de la qualité des soins de santé ne couvrent souvent pas toutes les complexités en jeu pour correctement appréhender la qualité des soins. Ce sont les perceptions de la qualité, plutôt que les indicateurs cliniques de la qualité, qui expliquent généralement le recours aux services de soins et déterminent l'augmentation de la demande. (Hanefeld J. et al., 2017)

Toutefois, la qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc. Ces variables peuvent différer d'un pays à l'autre, ou d'un établissement à l'autre. L'évolution et les changements technologiques rapides imposent aux systèmes de soins une révision constante des normes de qualité. La médecine est fortement innovante, de sorte que 10 % des pratiques recommandées en 2000 sont aujourd'hui considérées comme des erreurs (Amalberti R., 2012).

Une meilleure compréhension de toutes les facettes de la qualité dans les systèmes de Santé et de leurs corrélations pourrait contribuer à étendre l'accès aux interventions sanitaires essentielles, plus particulièrement aux Mutuelles de Santé. (Hanefeld J. et al., 2017). Ces dernières ayant comme finalité de réduire la barrière financière et assurer à leurs membres un accès aux soins, ne garantissent pas pour autant qu'ils soient de qualité.

1.3 Questions de recherche

1.3.1 Question principale

Existe-t-il un lien entre la qualité des soins et l'adhésion à une Mutuelle de Santé ?

1.3.2 Questions spécifiques

- Le prestataire de soins a-t-il un comportement différent à l'égard des adhérents/non adhérents de la Mutuelle de Santé ?
- L'utilisation des services de la Mutuelle de Santé, améliore-t-elle le parcours du patient ?
- Les adhérents à la Mutuelle de Santé Communautaire ont-ils une meilleure perception de la qualité des soins reçus par rapport aux non-adhérents ?
- Quelles sont les déterminants majeurs de la qualité des soins perçue par le patient ?

1.4 Objectifs de recherche

1.4.1 Objectif général

Objectif général de notre étude est d'évaluer l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins reçus et perçus par les patients en milieu rural.

1.4.2 Objectifs spécifiques

- Etudier le comportement des prestataires de soins selon que les patients soient adhérents ou non-adhérents à une Mutuelle de Santé.
- Mesurer l'effet de l'adhésion à une Mutuelle de Santé sur le parcours du patient.
- Evaluer la perception de la qualité des soins chez les adhérents et les non-adhérents à une Mutuelle de Santé Communautaire.
- Identifier les déterminants de la satisfaction des patients.

1.5 Introduction à la méthodologie

Nous avons mené une étude descriptive et analytique chez les prestataires de soins qui consultaient régulièrement les patients dans les structures sanitaires que sont le Centre de Santé de Niakhar et le Poste de Santé de Ngayokhème, afin de connaitre leur avis sur plusieurs aspects de leur vie professionnelle tels que la disponibilité du matériel, les qualifications globales du personnel, le déroulement de la consultation. Par ailleurs, leur avis sur les soins qu'ils dispensent aux patients de leurs structures (adhérents et non-adhérents des Mutuelles de Santé) ont été recueillis (Annexe 3 et Annexe 4).

Nous avons effectué une étude cas-témoin ou exposé-non-exposé chez les bénéficiaires de soins (les patients). Ces derniers ont été formés en deux groupes : les adhérents (exposés) et les non-adhérents (non-exposés). Un questionnaire (Annexe 1 et Annexe 2) leur a été administré après leur consultation dans ces deux structures. Leurs avis ont été collectés juste après la consultation afin de pallier les biais de mémoire.

Les questionnaires (Annexe1, Annexe 2, Annexe 3, Annexe 4) ont été conçus en fonction de l'aspect des résultats du modèle de Donabedian. La rubrique « résultats » du modèle de Donabedian a été réalisé selon le modèle du Questionnaire de Satisfaction des Patients à 18 questions (QSP-18) (Grant N., 1994).

Les données ont été analysées par Microsoft Excel et SPSS à l'aide de tests statistiques descriptives, d'ANOVA, de chi-deux et de coefficient de corrélation de Pearson.

1.6 Justification et intérêt du sujet

Nous portons notre intérêt sur le sujet des Mutuelles de Santé Communautaire et d'une possible amélioration de la qualité des soins qu'ils pourraient procurer aux populations désireuses d'adopter ce système de prépaiement de la santé. De plus, la présente étude découle de la nécessité, pour le système de soins en général, de disposer d'une ébauche d'une grille d'évaluation de la qualité des soins, afin d'améliorer constamment l'offre de soins et d'assurer à la population un accès à des soins de qualité, et ceux-ci grâce aux Mutuelles de Santé.

A notre connaissance, aucune étude du genre n'a été réalisée au Sénégal.

1.7 Hypothèses

Nous posons les hypothèses suivantes :

- Le personnel soignant prescrit plus de médicaments d'officine aux adhérents qu'aux non-adhérents.
- Les adhérents à la Mutuelle de Santé accèdent plus facilement aux spécialistes et font plus d'examens paracliniques que les non-adhérents.
- Les adhérents à la Mutuelle éprouvent une satisfaction générale meilleure que les nonadhérents.
- La qualité technique est le critère qui influe le plus sur la satisfaction générale des patients

1.8 Plan du mémoire

Notre étude s'articulera autour de quatre grandes parties :

- L'introduction générale, sera consacrée au contexte, à la problématique du sujet, aux questions et objectifs de recherche, à l'introduction à la méthodologie, et aux hypothèses de recherche.
- La première partie s'articulera autour du cadre théorique : une brève revue de la littérature, et de la méthodologie de recherche.
- La deuxième partie comportera le cadre pratique avec notre travail personnel avec la description, l'analyse et la discussion des résultats.
- La dernière partie traitera de la conclusion, des recommandations et des perspectives de recherche.

PREMIERE PARTIE

Chapitre 1 : Cadre théorique

1.1 Revue de la littérature

Une multitude d'études ont été réalisée dans le monde par des experts (Donabedian, Grant), notamment dans les pays développés comme aux Etats-Unis ou au Canada dans le but d'évaluer la qualité ou performance des systèmes de soins.

Le modèle de Donabedian évalue la qualité des soins en regroupant de multiples indicateurs de qualité des soins en 3 dimensions : structure, processus et résultat (Donabedian, 1988).

Moore s'est inspiré du modèle de Donabedian afin d'évaluer la qualité des soins dans plusieurs services de traumatologie provincial canadien. L'étude s'est déroulée entre 2005 et 2010 et incluait 63 971 patients de 57 services de traumatologie. L'étude a conclu que les performances structurelles (accessibilité géographique de la structure, commodité des lieux de prise en charge, la densité du personnel soignant, etc.) influaient de manière significative les éléments procéduraux (déroulement de la consultation, communication interpersonnel, qualité technique du personnel médical, etc.). Ces derniers influaient par la même les résultats des prestations de soins qui étaient mesurés par le taux de mortalité, de complications et de réadmission ajustés par le risque, ainsi que de la durée de séjour à l'hôpital (Moore, 2015).

En 2012, une étude d'évaluation des résultats des soins chez les femmes avant une grossesse a été réalisé par Fatemeh, dans 29 structures sanitaires en Iran. Cette étude, qui visait à déterminer la qualité des soins préconceptionnels en santé, s'est inspiré aussi du modèle de Donabedian (Fatemeh, 2012).

La satisfaction des patients constitue un élément fondamental concernant la dimension « résultat » du modèle de Donabedian. Grant évaluait la satisfaction des patients ayant eu recours aux soins dans une structure sanitaire de Santa Monica, Etats-Unis. Ses résultats montraient que la moyenne du niveau de satisfaction général était de 64,6% (Grant N., 1994). Par contre, deux évaluations de la satisfaction des patients, toutes 2 réalisées en Tunisie, l'une à l'Hôpital de Kairouan en 2002, et l'autre dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital de Sousse en 2005, objectivaient un niveau de satisfaction qui était respectivement de 70% et 51%. A l'Hôpital de Kairouan, les principaux motifs de mécontentement n'étaient guère liés à la qualité technique, ni aux résultats des soins mais plutôt à la « structure » : information, confort, propreté de l'espace d'attente, état des toilettes, confort du lit, etc.

Myriam s'est inspirée de la méthode d'évaluation de la satisfaction des patients dans son étude portant sur les facteurs prédictifs de la satisfaction des patients vis-à-vis de la chirurgie de Mohs¹ (Maryam M. Asgari, et al., 2011).

Malgré les multiples études, les évaluations existantes n'intègrent pas bien le processus de soins et le vécu des patients. Le point de vue des patients sensibles aux pratiques de soins, un élément de base de l'évaluation de la qualité dans les pays à revenu élevé, est rarement recueilli (Yoko A., 2017).

En 1981, le Royal College of General Pratictioners proposait un cadre pour la définition et la vérification des normes de soins, à savoir : les valeurs professionnelles, l'acceptabilité, les compétences cliniques, et la capacité à communiquer (J. R. Coll, 1981).

Pour Donabedian, la qualité des soins n'est pas simplement une question purement technique mais intègre aussi l'opinion du patient (Donabedian, 1980). Griffiths a fait aussi la remarque, dans ses travaux, en pointant le manque d'attention du personnel soignant vis-à-vis de l'opinion des patients (Griffiths, 1983). L'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins sont un outil primordial pour évaluer la performance du système de santé. La raison de la difficulté particulière à mesurer la qualité des soins découle du fait qu'elle ne peut pas être seulement jugée sur ses performances financières, comme c'est le cas dans le secteur de l'industrie, là où le critère majeur d'évaluation de la qualité est le retour sur investissement. Maxwell proposait quant à lui une méthode d'évaluation de la qualité, avec six dimensions de la qualité, qui doivent être évalués et mesurés séparément : (i) accès aux services, (ii) pertinence par rapport aux besoins (pour toute la communauté), (iii) efficacité (pour les patients), (iv) équité, (v) acceptabilité sociale, et (vi) efficacité et économie (Maxwell, 1984).

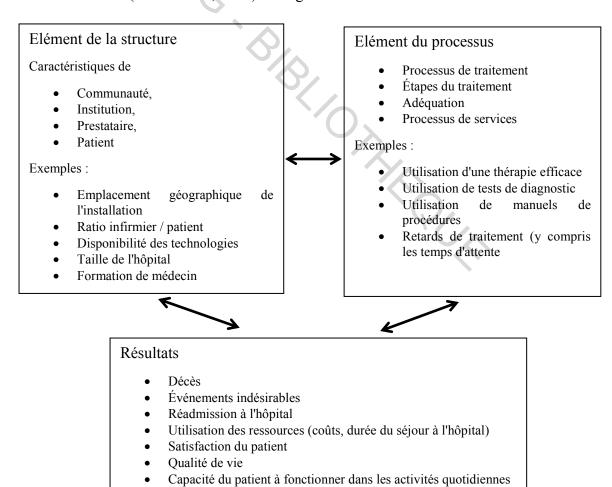
Dans le modèle de Donabedian, l'évaluation de la qualité des soins doit tenir compte des éléments liés aux « structures », « processus » et « résultats ». Les « structures » décrivent le contexte dans lequel les soins sont dispensés, y compris les bâtiments hospitaliers, le personnel et sa formation, le financement et l'équipement. Les « processus » désignent les transactions (ou interactions) entre les patients et les prestataires de soins tout au long de la prestation de soins, c'est-à-dire le diagnostic, le traitement, les soins préventifs et l'éducation du patient. Mais les « processus » peuvent être aussi élargis pour inclure les mesures prises par les patients ou leurs familles et également être classés en tant que processus techniques :

14

¹ La chirurgie de Mohs est aussi connue sous le nom de chirurgie micrographique de Mohs. Il s'agit d'une intervention chirurgicale lors de laquelle on retire une tumeur par petites couches jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de cellules cancéreuses. Son objectif est d'enlever le cancer tout en laissant la plus grande quantité de tissu sain possible.

la façon dont les soins sont prodigués (Donabedian, 1988). Selon Donabedian, la mesure des « processus » est presque équivalente à la mesure de la qualité des soins parce que les « processus » contiennent tous les actes de prestation de soins de santé (Donabedian, 2003). Les informations sur les « processus » peuvent être obtenues à partir de dossiers médicaux, d'entretiens avec des patients et des praticiens, ou d'observations directes de visites médicales.

Enfin, les « résultats » se réfèrent aux effets des soins de santé sur l'état de santé des patients et des populations, ainsi que la satisfaction des patients et la qualité de vie liée à la santé. Les « résultats » sont parfois considérés comme les indicateurs de qualité les plus importants car l'amélioration de l'état de santé des patients est l'objectif principal des soins de santé. Cependant, il est très difficile de mesurer avec précision les résultats qui peuvent être attribués exclusivement aux soins de santé. L'établissement de liens entre « processus » et « résultats » nécessite souvent de vastes populations d'échantillons, des ajustements selon la composition des cas et des suivis à long terme, car les résultats peuvent prendre beaucoup de temps pour devenir observables (Donabedian, 2003). La figure 1 illustre le modèle de Donabedian.



Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar (Fatick, Sénégal)

Figure 1 : Mesure de la qualité des soins (performance du système de santé) par le modèle de Donabedian

Source: (Brien SE, 2008)

L'estimation de la satisfaction des patients, paramètre des « résultats » dans le modèle de Donabedian, a été réalisée pour la première fois en 1976 par Ware (Ware et al., 1976). Elle a été améliorée à plusieurs reprises du fait de sa longueur (80 questions). La version réduite de Grant, le OSP-18 (18 questions), malgré qu'elle soit abrégée, propose des résultats tout aussi fiables et valides, et augmente la facilité avec laquelle la satisfaction des patients pourrait être mesurée (Grant N., 1994). Ainsi ce modèle encourage l'évaluation de la satisfaction pour surveiller la prestation des soins médicaux.

1.2 Méthodologie

Cadre d'étude 1.2.1

Notre étude a été mis en œuvre dans la région de Fatick, située au centre du Sénégal, à 150 km de Dakar, plus précisément dans l'arrondissement de Niakhar, avec une superficie de 410km².

La région comprend un établissement public de Santé, un hôpital régional, 7 Centres de Santé, 89 Postes de Santé et, enfin 70 maternités. Elle comprend également 24 Mutuelles de Santé.

Nous nous sommes intéressés au District Sanitaire de Niakhar, plus précisément au Centre de Santé de Niakhar et au Poste de Santé de Ngayokhème, de même que leurs Mutuelles de Santé Communautaire respectives. Les communes de Niakhar et de Ngayokhème comptaient respectivement 33 616 habitants et 27 070 habitants en 2018. Le choix de cette zone d'étude a été motivé par la surveillance démographique et sanitaire de cette dernière depuis plus de 50 ans avec un recueil de données populationnelles et cliniques. De plus, ces communes ont des Mutuelles de Santé fonctionnelles et celle de Niakhar présente l'avantage d'une très longue expérience dans la prise en charge des patients par une Mutuelle de Santé. Ainsi notre étude portait également son intérêt sur les adhérents de la Mutuelle de Santé de Ngayokhème et Niakhar car comptant parmi les plus importants en termes de membres, et la plupart des adhérents des Mutuelles visitaient deux structures sanitaires affiliées aux Mutuelles de Santé.

1.2.2 Type d'étude

Notre avons mené notre étude dans les deux établissements de santé. L'étude a pris en compte deux dimensions : les prestataires de soins et les bénéficiaires (les patients). Les caractéristiques des structures sanitaires incluses dans notre étude ont également été collectées.

1.2.2.1 Prestataire de soins

Nous avons effectué une étude descriptive et analytique transversale avec un questionnaire administré, en face-à-face, aux prestataires de soins dans le but d'appréhender leur appréciation de la qualité des soins qu'ils offrent et leurs comportements face aux patients selon qu'ils soient adhérents ou non à la Mutuelle de Santé (Annexe 3).

Une fiche standardisée a été remise aux responsables des structures (Médecin-chef et Infirmier-Chef de Poste) afin de collecter les caractéristiques des établissements (Structure : nombre du personnel médical, nombre de patients reçu en moyenne, etc.)) (Annexe 4).

1.2.2.2 Patients

Nous avons réalisé une enquête quantitative en adoptant une méthode exposé-non-exposé (étude cas-témoins). Les patients ont été recrutés dans les structures sanitaires du district de Niakhar (Centre de Santé de Niakhar et Poste de Santé de Ngayokhème). Les « exposés » étaient représentés par les assurés (adhérents) et les « non-exposés » par les non-assurés (non-adhérent) et un questionnaire (Annexe 1, Annexe 2) a été administré aux patients consultés dans les structures sanitaires dans le but d'avoir leur appréciation sur la qualité des soins qu'ils avaient reçu. Nous n'avons pas utilisé une méthode qualitative (entretien individuel, focus groupe etc.) bien qu'elle soit plus appropriée pour évaluer la perception de la qualité et le comportement des prestataires, car nécessitant du temps et des moyens financiers plus importants et relevant aussi d'autres compétences (anthropologie, sociologie) et d'autres méthodologies.

1.2.3 Echantillonnage

1.2.3.1 Prestataires de soins

Tout le personnel soignant consultant les patients a été enquêté (médecins, infirmiers, sages-femmes).

1.2.3.2 Patients

L'unité d'observation était constituée par les usagers du Poste de Santé de Ngayokhème et du Centre de Santé de Niakhar. L'échantillon de l'étude était constitué par les patients reçus en consultation dans ces deux établissements. Les patients étaient répartis en deux groupes « exposés » et « non-exposés » : patients adhérents à la Mutuelle qui représentaient les « exposés » et les patients ne bénéficiant d'aucune couverture médicale qui étaient les « non-exposés » ; pour un ratio de 1 cas pour 3 témoins afin d'obtenir un maximum de puissance des tests.

Le nombre de sujets nécessaire pour montrer une prévalence théorique de la satisfaction globale p=50%, avec un écart réduit t=1,96 et un risque d'erreur de i=0.05 a été calculé selon l'expression suivante :

$$N=t^2\frac{p(1-p)}{i^2}$$

Selon cette formule, le nombre de sujet nécessaire est de 384 individus, avec 128 « exposés » et 256 « non-exposés ».

1.2.3.3 Critères d'inclusion

Sont inclus tous les patients adhérents aux deux Mutuelles de Santé, et les patients non-adhérents reçus en consultation dans les deux structures sanitaires durant notre période d'enquête, et ayant signé au préalable un formulaire de consentement éclairé. Pour les patients âgés de moins de 18 ans, le consentement du parent ou tuteur légal a été recueilli.

1.2.4 Variables d'étude

Au regard des différents facteurs décrits par Donabedian et Grant qui influencent ou définissent la qualité des soins, il a été difficile de réunir toutes ces informations dans notre étude. Ainsi, la dimension « résultats » a traité de la satisfaction du personnel soignant et des patients. Les questions liées aux dépenses de santé requéraient une méthodologie de construction de variable particulière avec un questionnaire spécifique aux dépenses des ménages. Ainsi nous n'avons pas déterminé le niveau des dépenses catastrophiques, mais nous avons d'abord calculé les prix des médicaments sans application du taux de prise en charge des adhérents à la Mutuelle de Santé, dans le but de déterminer s'il y aurait une différence dans le choix du prix des médicaments prescrit par les prestataires de soins. Ensuite

nous avons appliqué le taux de prise en charge afin d'évaluer l'impact de la prise en charge de la Mutuelle de Santé sur les dépenses des patients.

La survenue de complications, la iatrogénie, le temps de guérison par pathologie n'ont pas été traités dans notre étude. Malgré l'importance et l'intérêt majeur que revêtent ces aspects du résultat, nous n'étions pas en mesure de les étudier car requéraient un suivi rigoureux dans le temps afin de pouvoir recueillir des informations appropriées et précises.

De plus, pléthoriques étaient les facteurs qui pourraient retarder la guérison, telles que le recours tardif aux soins, la déficience ou l'absence du soutien familial, l'ignorance de l'intérêt de poursuivre le traitement durant le temps nécessaire, quelques fois malgré les explications du personnel soignant. Tous ces facteurs sont à l'origine d'un retard de la guérison, d'une augmentation de l'incidence des complications, mais aussi du taux de mortalité et ceci surtout dans un contexte où la majorité de la population, soit 51,1%, est analphabète et vit sous le seuil de la pauvreté (ANSD, 2013). Ainsi, un retard de la guérison, compte tenu des référentiels médicaux, ne serait pas le seul fait de la non-qualité, et il deviendrait obligatoire de mesurer l'impact de ces facteurs extrinsèques sur l'évolution de la maladie, afin d'en déduire le véritable impact attribuable à la qualité des soins reçus. Aussi, même si les soins aboutissent à une situation désastreuse, elle devrait être jugée de bonne qualité si les soins, au moment où ils ont été prodigués, étaient conformes aux recommandations et aux procédures. Ainsi, à la vue de tous ces aspects, le délai de guérison n'a pas été évalué dans notre étude.

1.2.4.1 Cadre opérationnel

Plusieurs données recueillies chez les patients, le seront également chez les prestataires de soins afin de mettre en exergue les disparités dans leur appréciation de leur vécu d'une même situation.

1.2.4.1.1 Les prestataires de soins

Pour chaque personnel médical, nous avons collecté, à partir d'un questionnaire (Annexe 3), les informations concernant le sexe, la tranche d'âge, la situation matrimoniale, la fonction, la date de prise de service, l'expérience professionnelle en termes d'année, l'employeur, leur supervision par le niveau central ou district, les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées, la fréquence des formations continues et des réunions, et en leur absence comment fonctionnait l'établissement. Par ailleurs nous avons abordé un volet traitant de ce qu'il pense de leur utilité sociale, de la reconnaissance de la population envers eux, car ceci affectant inéluctablement leur travail.

Dans le modèle de Donabedian, les items sont regroupés en 3 rubriques : structure, processus et résultat. Les items de chaque rubrique sont additionnés et moyennés afin de produire une note par rubrique sur 5, et un pourcentage est établi pour chaque score reflétant le niveau d'accord du personnel soignant. Pour le calcul du score par établissement sanitaire un score global (structure + processus + résultat) sera noté sur 15 et un pourcentage établi en fonction du score global obtenu pour chaque établissement.

1.2.4.1.2 Les structures

Nous avons étudié les indicateurs de disponibilité des services qui sont au nombre de 3 : les infrastructures sanitaires, le personnel de santé, et l'utilisation des services (OMS, 2015). En raison de l'indisponibilité de toutes les données, nous avons utilisé dans notre étude 2 indicateurs que sont l'infrastructure sanitaire et le personnel de santé. Les indicateurs devaient tous être exprimés sous la forme d'un score en pourcentage par rapport à une valeur cible ou de référence. Si le score de l'indicateur traceur dépassait la valeur de référence, il recevait la valeur de 100 %.

Par ailleurs, nous avons étudié les horaires de travail, l'effectif du personnel et la population à charge, leur appréciation sur le bâtiment abritant la structure sanitaire, de la disponibilité des médicaments et du matériel, le nombre de lit d'hospitalisation en médecine et en maternité. Le nombre de patients reçu en moyenne par semaine, mutualiste et non-mutualiste, sera également recueilli, mais nous avons consulté les rapports mensuels à des fins de comparaison. Par ailleurs nous avons collecté les données en rapport avec les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées, aussi bien chez l'enfant que l'adulte afin d'apprécier la disponibilité des médicaments par rapport aux pathologies les plus fréquemment retrouvées dans l'établissement.

1.2.4.1.3 Les processus

Ce volet concerne leur appréciation du temps d'attente et de la durée de la consultation afin de comparer leur appréciation à celle des patients, de leur conduite/attitude professionnelle, de la disponibilité des ordinogrammes et leur respect, du climat de confiance et convivialité, de la communication, de s'il se renseignait sur l'affiliation du patient à une Mutuelle de Santé ou s'il prescrivait plus de médicaments vendus en officine aux adhérents à la Mutuelle, de l'accès aux spécialistes et réalisation de test paracliniques qu'ils accorderaient aux mutualistes par rapport aux non-mutualistes du fait de leur adhésion à une Mutuelle de Santé.

1.2.4.1.4 Les résultats

Cette rubrique est constituée par la satisfaction du personnel médical à l'égard de leur salaire par rapport à l'importance de leur travail et de leurs besoins propres (charges liées à leur vie), vis-à-vis de la manière dont le patient reconnait leur travail et de leur vie professionnelle en général.

1.2.4.2 Les patients

Pour chaque patient, nous avons collecté les informations en rapport avec le sexe, la tranche d'âge, la situation matrimoniale, l'atteinte d'une maladie chronique. Nous avons apprécié dans ce volet le temps qu'il a fallu aux patients pour se décider à venir se faire consulter (recours aux soins) en comparant les adhérents et les non-adhérents afin de déterminer si l'adhésion à une Mutuelle de Santé est un motif de recours précoces aux soins. Pour les adhérents, nous avons recueilli les motifs de leur adhésion à la Mutuelle de Santé de même que leur appréciation sur l'amélioration ou non de la qualité de leur soin depuis leur adhésion à la Mutuelle de Santé, tandis que pour les non-adhérents nous avons étudié leur avis sur la Mutuelle de Santé et les raisons pour lesquelles ils n'adhéraient pas à la Mutuelle de Santé.

Le nombre de médicaments et les prix des ordonnances prescrits pour les deux groupes ont été recherchés afin de les comparer et de mettre en évidence un changement ou non du comportement du personnel à l'égard des adhérents à la Mutuelle de Santé.

Concernant les estimations faites à partir du modèle de Donabedian, la méthode de calcul sera la même que celle des prestataires de soins.

La comparaison des résultats sera faite afin de mettre en exergue les différences d'appréciation entre prestataires de soins et patients.

1.2.4.2.1 Les structures

Chez les patients nous avons étudié leur opinion sur la qualité de l'infrastructure abritant la structure sanitaire ainsi que les conditions d'hygiène dans lesquelles les actes médicaux leur sont prodigués.

1.2.4.2.2 Les processus

Dans ce volet, nous avons enquêté sur la communication entre personnel soignant et patient, la confiance, l'accessibilité financière aux soins, leur perception par rapport à la compétence du personnel, du temps d'attente, de la durée de consultation, du professionnalisme du personnel, du déroulement de la consultation (convivialité, courtoisie, communication, etc.).

Nous avons recueilli l'appréciation des patients sur la disponibilité des médicaments dans l'établissement, sur l'efficacité des médicaments de l'IB par rapport à ceux vendus en officine, afin de savoir s'ils orientaient le personnel médical lors des prescriptions d'ordonnances et s'il y'avait une préférence sélective entre officine privée et pharmacie de la structure sanitaire suivant qu'il était adhérant ou non à une Mutuelle de Santé. Par ailleurs nous nous sommes intéressés au montant qu'ils avaient dépensé pour se soigner lors de leur pathologie en cours.

Nous avons dépouillé les registres afin de notifier le nombre de médicaments prescrits. Le montant des médicaments a été recueilli selon les prix homologués par les autorités sanitaires. Ces deux informations ont été notifiées, dans la mesure du possible, afin de voir s'il y'avait une différence de traitement dans la prise en charges des adhérents par rapport aux non-adhérents.

1.2.4.2.3 Les résultats

Nous avons abordé la question de la satisfaction des patients en nous inspirant du QSP-18. Ce dernier permet de mesurer sept dimensions de la satisfaction des soignés en élaborant des scores à partir de plusieurs items :

- Satisfaction générale (questions n° 23)
- Qualité technique (questions n° 10, 11, 12, 22)
- Comportement interpersonnelle (questions n° 14, 18, 19)
- Communication (questions n° 9, 21, 27)
- Aspects financiers (questions n° 13, 15)
- Temps passé avec le soignant (questions n° 20)
- Accessibilité et commodité (questions n° 16, 17, 24, 31)

Toutes les réponses devaient être notées de 1 à 5 afin que les scores élevés reflètent la satisfaction à l'égard des soins médicaux. Une échelle visuelle de réponse allant de 1 à 5 (échelle de Likert (Likert, 1932)) a été utilisée pour les patients. 1 correspondant à la non-satisfaction ou le désaccord total du patient, et 5 étant la satisfaction totale ou l'accord total du patient à l'affirmation. Après la notation des réponses, les scores devaient être moyennés ensemble pour créer les scores des sous-dimensions. Ces moyennes nous ont permis d'établir laquelle des sous-dimensions avaient le plus d'impact sur la satisfaction générale du patient.

Concernant le QSP-18, le questionnaire de satisfaction des patients comporte 18 questions réparties en 7 rubriques : l'accessibilité et la commodité, l'aspect financier, le temps passé

avec le soignant, la communication, le comportement interpersonnel, la qualité technique et la satisfaction générale. Chaque réponse est notée de 1 à 5. La moyenne de chaque rubrique est calculée par association des items composant ladite rubrique et un pourcentage est calculé estimant le niveau d'accord du personnel vis-à-vis de la rubrique.

Certaines rubriques mesurent des indicateurs directement liés à l'organisation et au fonctionnement des structures, telles que la communication, le comportement interpersonnel, la qualité technique, et le temps de consultation. En revanche trois rubriques ne dépendent pas nécessairement que de l'organisation et du fonctionnement des structures sanitaires, telles que l'accessibilité géographique, l'aspect financier et la satisfaction générale qui dépendent de la zone d'implantation des structures et du niveau de vie de la population.

1.2.5 Collecte et analyse des données

Les questionnaires ont été administrés par les enquêteurs. Compte tenu du faible taux de scolarisation dans la zone, certaines questions ont été reformulées dans le but de mieux faire comprendre la question aux enquêtés, mais tout en respectant la neutralité de la formulation initiale.

La collecte des données s'est faite sous format électronique grâce à un gestionnaire de base de données (Microsoft ACCESS) et les données ont été analysées par les logiciels Excel et SPSS.

Nous avons fourni des résultats statistiques descriptifs et comparatifs. Nous avons également produit des résultats analytiques grâce à des tests de Student, du khi 2 et de corrélation afin d'établir le lien significatif ou non entre plusieurs variables.

DEUXIEME PARTIE

Chapitre 2: Cadre pratique

2.1 Déroulement de l'étude

Nous avons mené une enquête pilote du 03/10/18 au 05/10/18. Nous avons visité le Centre de Santé de Niakhar et le Poste de Santé de Ngayokhème pour prendre contact avec les autorités sur place. Une journée d'observation, de même que la consultation des rapports mensuels nous a permis d'estimer l'affluence des patients dans ces 2 structures afin de déterminer le temps nécessaire à l'enquête de terrain. Cette dernière a duré 30 jours ouvrés et s'est déroulée du 05/11/18 au 14/12/18.

2.2 Les Mutuelles de Santé

La Mutuelle de Santé de Niakhar a été créée en 2006 alors que celle de Ngayokhème a été créée en 2016. On note 2 types d'adhérents aux Mutuelles de Santé : les adhérents (ménages) classiques qui s'acquittent eux même de leur cotisation, et les bénéficiaires d'une bourse de sécurité familiale qui sont en principe des indigents, n'ayant pas les moyens financiers pour adhérer à la Mutuelle. Par ailleurs, les enfants de moins de 5 ans bénéficient de l'initiative de la gratuité de la CMU, donc ne paie pas la consultation ou les médicaments prévus à cet effet, à l'instar des plus de 60 ans avec le Plan Sésame.

On dénombre:

- Mutuelle de Santé de Ngayokhème
 - 175 adhérents classiques et 55 bénéficiaires (autres cotisants du ménage).
 Parmi eux 138 ménages adhérents sont à jour de leurs cotisations.
 - 278 ménages bénéficiaires d'une bourse de sécurité familiale et 1 914 bénéficiaires (personnes à charge du responsable de famille)

Mutuelle de Santé de Niakhar

- o 1 690 adhérents classiques dont 1090 à jour dans leur cotisation.
- o 556 ménages bénéficiaires d'une bourse de sécurité familiale et 4212 bénéficiaires (personnes à charge du responsable de famille)
- o 1 424 élèves inscrits à la Mutuelle de Santé

Chapitre 3: Présentation des résultats

3.1 Structure des établissements de Santé

3.1.1 Indicateurs de disponibilité des services

Il est important de noter que ces indicateurs ne doivent pas être calculés pour un échantillon d'établissements. Pour pouvoir calculer la disponibilité des services, les données doivent être disponibles pour tous les établissements d'une unité administrative (Ex : district sanitaire). Le tableau 2 montre la méthode de calcul des indicateurs de disponibilités des services.

Tableau 2 : Indicateurs de disponibilité des services

CA	Indicateur	Normes	Score
Infrastructure sanitaire			Score = N/valeur cible
(a) Établissements	N pour 10 000 habitants	2	N/2 * 100 (max. 100)
(b) Lits d'hospitalisation	N pour 10 000 habitants	25	N/25 * 100 (max. 100)
(c) Lits de maternité	N pour 1000 femmes enceintes	10	N/10 * 100 (max. 100)
Personnel de santé	A.		
(d) Principaux professionnels de santé	N pour 10 000 habitants	23	N/23 * 100 (max. 100)

Source: (OMS, 2015)

3.1.2 Infrastructures sanitaires

3.1.2.1 Etablissement sanitaire

Le district sanitaire de Niakhar avait sous sa responsabilité une population estimée à 91 600 habitants et dispose de 3 structures sanitaires : Centre de Santé de Niakhar, Poste de Santé de Ngayokhème et Poste de Santé de Toucar. Le score de l'indicateur (N) de disponibilité des établissements sanitaires a été calculé par la méthode suivant :

3
$$\longrightarrow$$
 91 600 hbts
N \longleftarrow 10 000 hbts

$$N = \frac{3 \times 10\ 000}{91\ 600} = 0,32$$

$$Score = \frac{N}{2} \times 100$$

$$Score = \frac{0,32}{2} \times 100 = 16\%$$

Ainsi le score de l'indicateur des établissements est calculé à 16%.

Le Centre de Santé de Niakhar dispose de 5 salles de consultation, 3 sont disponibles dans le Poste de Santé de Ngayokhème et 2 dans le Poste de Santé de Toucar.

3.1.2.2 Lits d'hospitalisation

Le district sanitaire disposait de 37 lits d'hospitalisation pour 91 600 habitants alors que l'OMS recommande 25 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. Ainsi on obtient un score de 16%.

3.1.2.3 Lits de maternité

L'OMS recommande 10 lits de maternité pour 1000 femmes enceinte alors que le district sanitaire disposait de 41 lits de maternité pour 997 femmes enceintes en 2017 (MSAS, 2018). Ainsi le score est estimé à 100%. En termes de disponibilité de lits de maternité pour les femmes enceinte, le district sanitaire de Niakhar atteignant pleinement les objectifs de l'OMS.

3.1.3 Densité du personnel de santé

Les principaux professionnels de santé sont représentés par les médecins et autres cliniciens (Ex : pharmacien clinicien), infirmier d'Etat et sage-femme d'Etat. Ils sont au nombre de 18 dans le district sanitaire de Niakhar. Le score de l'indicateur des principaux professionnels de santé permet d'estimer leur disponibilité à 20%.

La norme minimale admise par l'OMS est de 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier pour 3000 habitants et 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer. Le District sanitaire de Niakhar se retrouvait avec 1 médecin pour 30 533 habitants, 1 infirmier pour 11 450 habitants, et 1 sage-femme d'état pour 1 051 femmes en âge de procréer, soit 185% de plus que les recommandations de l'OMS (Tableau 3).

Tableau 3 : Densité du personnel de santé

	Normes	Résultat
Médecin	1/10 000 habitants	1/ 30 533 habitants
Infirmier	1/3 000 habitants	1/11 450 habitants
Sage-femme	1/3 000 femmes en âge de	1/1 051 femmes en âge
	procréer	de procréer

Source: (OMS, 2015), Données enquête

L'effectif de tout le personnel soignant était au nombre de 20 dans le Centre de Santé de Niakhar et de 7 dans le Poste de Santé de Ngayokhème (Figure 2). Parmi ceux du Centre de Santé, 20% était des infirmiers et 20% des sages-femmes, contre respectivement 29% et 14% au Poste de Santé de Ngayokhème. Les médecins représentaient 15% du personnel du Centre de Santé. Les corps les plus représentés étaient les infirmiers et les matrones.

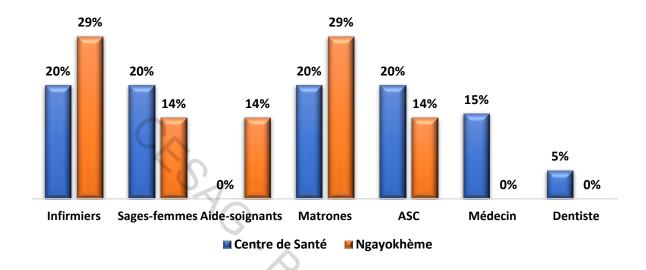


Figure 2 : Effectif du personnel par établissement sanitaire

Source : données enquête

3.1.4 Disponibilité des médicaments

Au Centre de Santé de Niakhar, sur 30 médicaments essentiels, 5 n'étaient pas disponibles à la date du 5 Octobre 2018. Parmi eux, 2 étaient des antibiotiques, un antihypertenseur, un antipaludique, et un déparasitant. La raison la plus fréquemment citée à la rupture du médicament était l'absence de commande faite en raison de la prescription peu fréquente de ces médicaments (Tableau 4).

Tableau 4 : Disponibilité des médicaments au Centre de Santé de Niakhar

Désignation	Disponible	Rupture depuis	Pourquoi ?
	Antalgique	s et antiinflammatoires	S
Paracétamol	Oui		
Ibuprofène	Oui		
	A	Antibiotiques	
Amoxicilline	Oui	1	
Sulfaméthoxazole +	0 :		
Triméthoprime	Oui		
Gentamycine	Non	Non précisé	La commande n'a pas été faite
Erythromycine	Oui	_	
Doxycycline	Oui		
Ceftriaxone	Oui		
Métronidazole	Oui		
Ciprofloxacine	Non	24/09/2018	La commande n'a pas été faite
Amoxicilline-Acide	0		
clavulanique	Oui		
<u> </u>	An	tihypertenseur	
Amlodipine	Non	17/11/2018	La commande n'a pas été faite
Nicardipine	Oui		
Captopril	Oui		
	,	Tuberculose	
Ethambutol	Oui	0/	
Streptomycine	Oui		
Rifampicine	Oui	(()	
Isoniazide	Oui		
Pyrazinamide	Oui		P .
		Paludisme	
Artéméther/Luméfantrine	Oui		
Sulfadoxine +	0 :		
Pyriméthamine	Oui		(/_
Quinine	Nicos	NI (- * - * - *	La molécule n'est plus
	Non	Non précisé	recommandée par l'OMS
		Parasitose	
Mebendazole	Oui		
Ivermectine	Non	Non précisé	Nous ne l'utilisons pas
		VIH	
Lamivudine	Oui		
Efavirenz	Oui		
Névirapine	Oui		
Ténofovir	Oui		
		Autres	
Sels de réhydratation	Oui		
orale+zinc	Oui		
Acide acétylsalicylique	Oui		

Dans le Poste de Santé de Ngayokhème, sur les 30 médicaments essentiels, 13 n'étaient pas disponibles (Tableau 5). Les antituberculeux et les antirétroviraux étaient les plus indisponibles car les patients atteints de tuberculose ou d'infection au VIH sont le plus souvent suivis au Centre de Santé de Niakhar (prise en charge gratuite).

CHICAC. BARROLLING.

Tableau 5 : Disponibilité des médicaments au Poste de Santé de Ngayokhème

Désignation	Disponible	Rupture depuis	Pourquoi ?
	Antalgiques	et antiinflammatoire	es
Paracétamol	Oui		
Ibuprofène	Oui		
•	A	ntibiotiques	
Amoxicilline	Oui		
Sulfaméthoxazole +	0 :		
Triméthoprime	Oui		
Gentamycine	Oui		
Erythromycine	Non	01/09/2018	Rupture au niveau du district
Doxycycline	Oui		
Ceftriaxone	Oui		
Métronidazole	Oui		
Ciprofloxacine	Oui		
Amoxicilline-Acide	Owi		
clavulanique	Oui		
	Anti	ihypertenseur	
Amlodipine	Oui		
Nicardipine	Oui		
Captopril	Oui	/_	
	T	uberculose	
Ethambutol	Non	9/	Disponible qu'au besoin
Streptomycine	Non		Disponible qu'au besoin
Rifampicine	Non		Disponible qu'au besoin
Isoniazide	Non		Disponible qu'au besoin
Pyrazinamide	Non		Disponible qu'au besoin
]	Paludisme	
Artéméther/Luméfantrine	Oui		
Sulfadoxine +	Oui		W/
Pyriméthamine	Oui		, (/\
Quinine	Non	Non précisé	La molécule n'est plus
		-	recommandée par l'OMS
		Parasitose	
Mebendazole	Oui		
Ivermectine	Non		Disponible que durant les
	11011		campagnes
		VIH	
Lamivudine	Non		Suivi fait au Centre de Santé
Efavirenz	Non		Suivi fait au Centre de Santé
Névirapine	Non		Suivi fait au Centre de Santé
Ténofovir	Non		Suivi fait au Centre de Santé
		Autres	
Sels de réhydratation	Oui		
orale + zinc			
Acide acétylsalicylique	Non		Rupture au niveau du district

3.1.5 Affluence hebdomadaire des patients

D'après les rapports mensuels du district sanitaire de Niakhar, le nombre de patients reçu en moyenne par semaine était de 154 patients pour le Centre de Santé de Niakhar et de 73 pour le Poste de Santé de Ngayokhème. Parmi eux, en moyenne 11,5% étaient adhérents à une Mutuelle de Santé (Tableau 6).

Tableau 6 : Affluence hebdomadaire des patients

Poste de	Adhérents	Non-adhérents	Total
Centre de Santé	18	136	154
Ngayokhème	8	65	73

Source : données enquête

3.1.6 Symptômes les plus fréquents

Le symptôme le plus fréquemment retrouvé au Centre de Santé de Niakhar, était chez l'adulte l'hypertension artérielle, et les infections respiratoires aiguës chez l'enfant. En revanche, au Poste de Santé de Ngayokhème, chez l'adulte la fièvre était le symptôme le plus fréquent, alors que chez l'enfant il s'agissait de la diarrhée. Le tableau 7 nous illustre ces observations.

Tableau 7 : Symptômes/Pathologies les plus fréquents

	Symptômes/Pathologies			
Poste de Santé	Adulte	Fièvre	Toux + rhume	Asthénie
roste de Sante	Enfant	Diarrhée	Vomissement	Bronchite
Contro do Sontó do Nielshau	Adulte	HTA	IRA	Grippe
Centre de Santé de Niakhar	Enfant	IRA	Diarrhée	Toux + rhume

Source : données enquête

3.2 Les prestataires de soins

Dans les 2 structures sanitaires, au total 14 membres du personnel soignant consultaient les patients. Toutes ces personnes ont été enquêtées durant notre étude.

3.2.1 Effectif du personnel soignant par genre

Parmi le personnel enquêté, 79% étaient des femmes (11) alors que 21% étaient des hommes (3) (Figure 3).

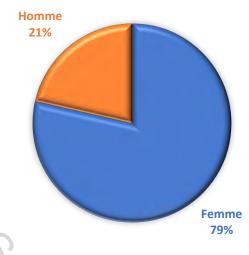


Figure 3: Effectif du personnel soignant par genre

Source : données enquête

3.2.2 Effectif du personnel soignant par tranche d'âge

A la figure 4, nous observons que la tranche d'âge la plus représentée était celle de [35 à 44 ans[et représentait 57% de l'effectif du personnel soignant.

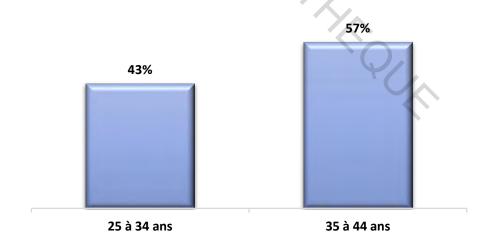


Figure 4: Effectif du personnel soignant par tranche d'âge

3.2.3 Effectif du personnel soignant par situation matrimoniale

Les mariés représentaient 72% de l'effectif du personnel soignant et les célibataires 21% (Figure 5).

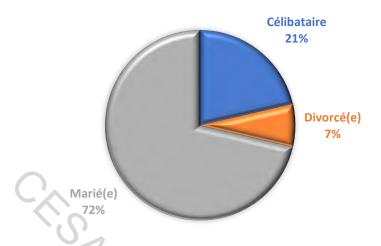


Figure 5 : Effectif du personnel soignant par situation matrimoniale **Source** : données enquête

3.2.4 Effectif du personnel soignant par fonction

Parmi le personnel soignant enquêté, les infirmiers représentaient 43% et les sages-femmes 36%. Les médecins, quant à eux, représentaient 14% du personnel (Figure 6).

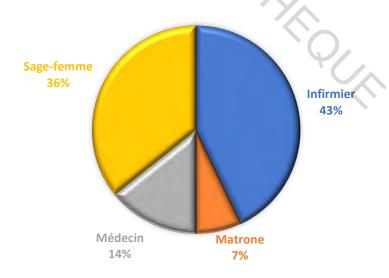


Figure 6: Effectif du personnel soignant par fonction

3.2.5 Expérience professionnelle du personnel soignant

La moyenne d'années d'expérience de tout le personnel soignant enquêté était de 6,9 ans (±4,3). La matrone avait le plus d'année d'expérience parmi tout le personnel soignant qui consulte dans les 2 structures, avec 14 ans d'expérience. Alors que les médecins, au nombre de 2, ont une moyenne de 0,5 année d'expérience (±0,7) (Tableau 8).

Tableau 8 : Moyenne du nombre d'année d'expérience

Fonction	Moyenne d'années d'expérience
Matrone	14 (±0)
Infirmier	8,2 (±1,6)
Sage-femme	6,4 (±4,4)
Médecin	0,5 (±0,7)

Source : données enquête

3.2.6 Contractant du personnel soignant

Dans le personnel enquêté, 43% étaient des fonctionnaires de l'état et 36% des contractuels. Le groupe autre était représenté par les stagiaires, et autres personnes travaillant dans un des établissements pris en charge par le comité de santé ou la commune (Figure 7).

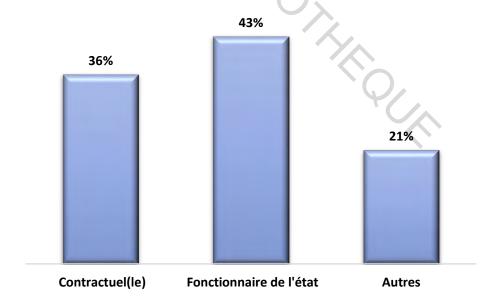


Figure 7: Effectif du personnel soignant suivant le statut

3.2.7 Supervision du personnel soignant

Concernant la supervision du personnel soignant à la figure 8, 56% du personnel soignant disaient avoir été supervisés au moins une fois par le niveau district et 44% par le niveau central.

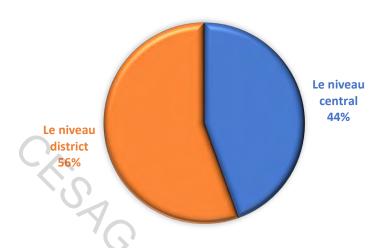


Figure 8: Supervision du personnel soignant

Source : données enquête

3.2.8 Disponibilité des ordinogrammes

Globalement, les ordinogrammes étaient plus disponibles au Centre de Santé qu'au Poste de Santé (Figure 9). Les ordinogrammes en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant et du paludisme étaient toutes les deux disponibles chez 50% du personnel soignant du Centre de Santé, alors qu'au Poste de Santé, ils n'étaient disponibles respectivement qu'à 21% et 14.

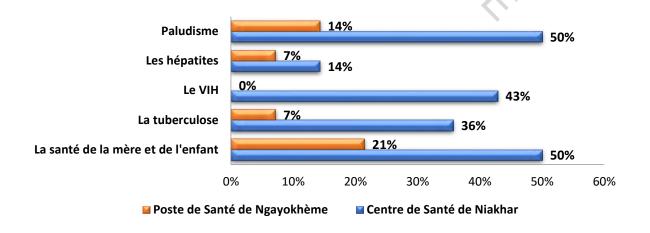


Figure 9 : Disponibilité des ordinogrammes

3.2.9 Formations continues

Parmi le personnel soignant, seulement 21% d'entre eux, soit 14% du Centre de Santé de Niakhar et 7% du Poste de Santé de Ngayokhème, ont participé à une formation continue durant les 6 premiers mois de 2018. Parmi le personnel soignant n'ayant pas participé à une formation continue, 58% étaient au Centre de Santé et 21% au Poste de Santé (Figure 10).

Ainsi le Centre de Santé comptait un effectif de personnel plus important ayant participé aux formations, mais aussi un nombre plus important pour ceux n'y ayant pas participé.

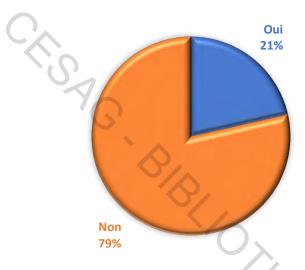


Figure 10 : Participation à des formations continues

Source : données enquête

3.2.10 Connaissance de l'affiliation à une Mutuelle de Santé du patient

La majorité du personnel soignant, soit 79%, affirmaient se renseigner sur l'affiliation du patient à une Mutuelle de Santé avant le début de la consultation ou en cours de consultation, susceptible de modifier leur comportement en faveur d'une prescription plus importante de médicaments ou d'examens complémentaires aux adhérents. Pour se faire, 82% d'entre eux regardaient le ticket du patient et 27% demandaient directement aux patients s'ils étaient affiliés à une Mutuelle de Santé. Les informations concernant les moyens de connaissance du statut d'adhésion des patients sont illustrées à la figure 11.

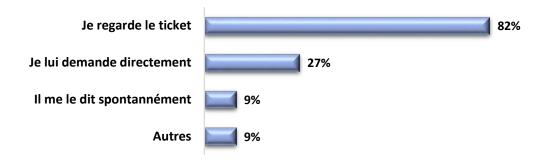


Figure 11 : Moyens de connaître le statut d'adhésion du patient

Source : données enquête

3.2.11 Prescription de médicaments

Pour le personnel soignant, 36% disaient prescrire plus de médicaments vendus en officine aux patients adhérents à une Mutuelle de Santé. Parmi eux, 80% avait pour principal motif de la prescription plus importante de médicaments d'officine aux adhérents la prise en charge d'une partie des frais par la Mutuelle de Santé (Figure 12).



Figure 12 : Motifs de la prescription plus importante de médicament d'officine aux adhérents Source : données enquête

3.2.12 Temps d'attente et de consultation

Du point de vue du personnel soignant, le temps d'attente était en moyenne de 24 minutes (± 14) et la durée de la consultation était de 17 minutes (± 7) .

Au Centre de Santé de Niakhar, le personnel soignant estimait que le temps d'attente était en moyenne de 17minutes (±5,8), alors qu'au Poste de Santé de Ngayokhème il était à 41 minutes (±13,1), soit une augmentation de 141% par rapport au Centre de Santé (Figure 13).

Le temps de la consultation était estimé en moyenne à 18 minutes (±7) au Centre de Santé et de 15 minutes (±4,1) au Poste de Santé.

Ainsi, le personnel estimait qu'un patient passait en moyenne 34 minutes au Centre de Santé pour une consultation, alors que ce temps subissait une augmentation de 63% au Poste de Santé (56 minutes).

Une étude commanditée par l'OMS montrait que le temps d'attente moyen était de 30 + 2,5 min et la moyenne du temps de consultation de 2,33 min (Jorge Mendoza Aldana, 2001).

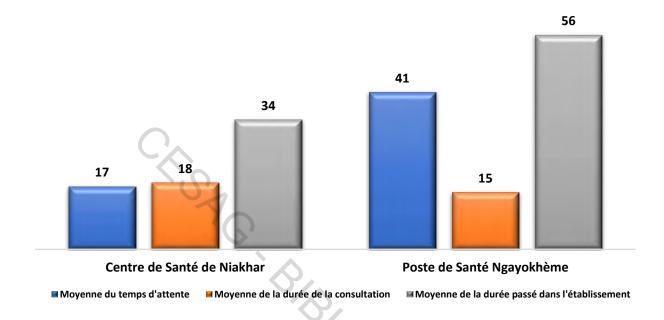


Figure 13 : Moyenne des durées en minutes du point de vue du personnel soignant **Source** : données enquête

3.2.13 Résultat selon le modèle de Donabedian chez les prestataires de soins

3.2.13.1 Movenne des items

La figure 14 nous montre les moyennes des items du modèle de Donabedian. Le personnel soignant trouvait que le matériel à sa disposition était adapté à 70%, alors que les locaux n'étaient adaptés à leur besoins qu'à 64% et il trouvait qu'il n'avait accès à des formations qu'il jugeait utile pour leur expérience qu'à 44%.

Par ailleurs, le personnel informait presque à chaque fois les patients de leur pathologie (89%) et des raisons pour lesquelles il leur avait prescrit des examens paracliniques (86%). Cependant, on notait une modification du comportement du personnel soignant vis-à-vis des adhérents à la Mutuelle de Santé, car il leur prescrivait plus de médicaments vendus en officine (49%), les référait plus chez le spécialiste (47%) et leur prescrivait plus d'examens paracliniques (41%).

Les prestataires de soins étaient satisfaits de la reconnaissance de leur travail par les patients (73%) et de leur vie professionnelle en générale (70%) mais se trouvaient mal rémunérés par rapport à l'importance de leur travail (37%), ce qui pourrait être source de frustration du personnel soignant, et aurait un impact négatif sur la qualité des soins.

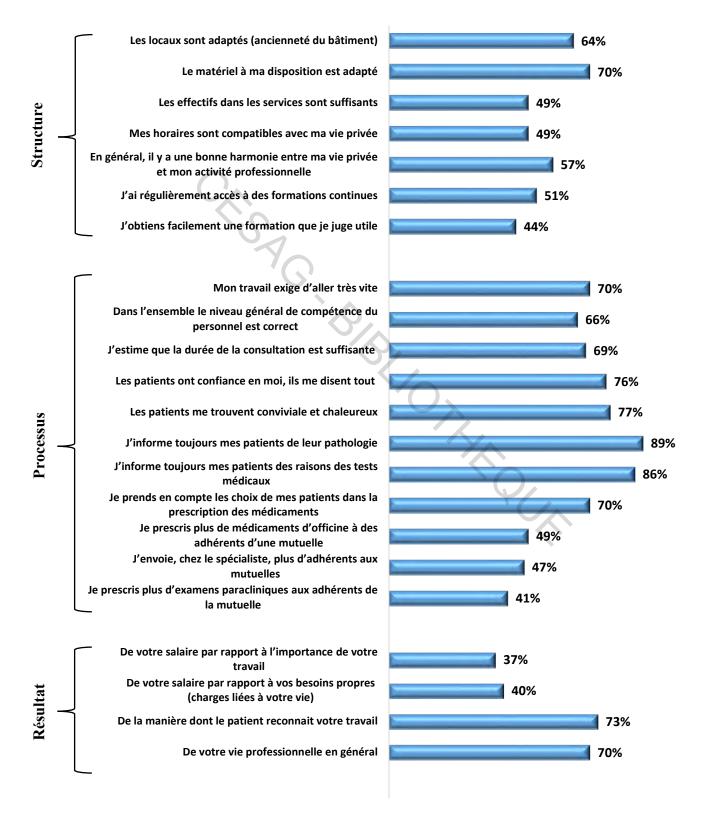


Figure 14 : Moyenne des items du modèle de Donabedian **Source** : données enquête

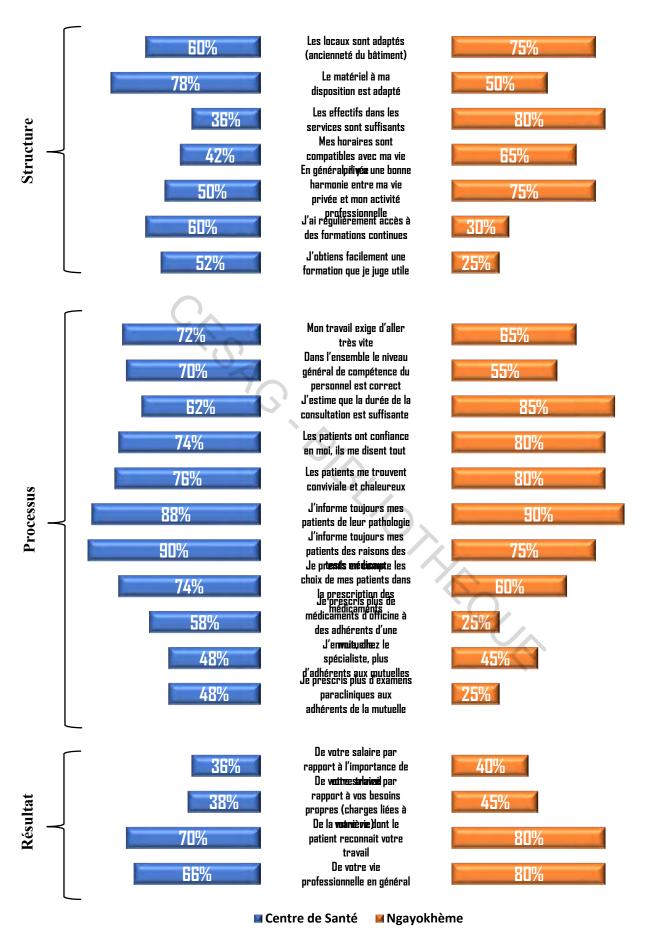


Figure 15 : Comparaison des items entre les structure sanitaires Sources : données enquêtes

Du point de vue du personnel soignant, plus les patients avaient une reconnaissance de leur travail, plus ils étaient satisfaits de leur vie professionnelle (p = 0,005). Ce qui impliquait un besoin du personnel médical d'être apprécié par les patients. De même, la satisfaction de leur vie professionnelle dépendait du fait que les patients les trouvaient conviviaux et chaleureux (p = 0,036), et du fait que les patients avaient confiance en eux (p = 0,016).

Plus la prescription de médicaments d'officine aux adhérents de la Mutuelle de Santé était importante, plus le personnel soignant avait tendance à envoyer les patients chez le spécialiste (p = 0,012). Ce qui pourrait expliquer en partie que l'adhésion à une Mutuelle de Santé, permettrait au prestataire de soins de prescrire plus de médicaments d'officine aux adhérents, et favoriserait la référence de ces patients chez le spécialiste.

La communication était un point très important pour le personnel soignant. Plus ce dernier informait les patients de leur pathologie, plus il avait tendance à les informer des raisons pour lesquelles il avait prescrit des examens paracliniques (p = 0,002). Ainsi un prestataire de soins qui communiquait plus avec les patients sur leurs pathologies avait plus tendance à expliquer aux patients le pourquoi des examens paracliniques qu'il leur avait prescrits. De même, plus le personnel soignant informait les patients de leur pathologie, plus il était considéré comme étant convivial et chaleureux (p = 0,003). Et cette appréciation se reproduit plus il expliquait aux patients les raisons pour lesquelles il prescrivait les examens paracliniques (p = 0,003).

La communication se renforçait davantage quand le personnel soignant avait accès à des formations qu'il jugeait utile (p = 0,022). Du fait que les formations leur permettraient d'améliorer leurs connaissances de certaines pathologies, et ceci leur faciliterai aussi la communication avec les patients. Ainsi l'accès à des formations pour le personnel améliorerai la communication, et accroîtrai ainsi la qualité des soins.

Plus le personnel soignant portait un jugement positif sur les caractéristiques des locaux (adaptabilité des locaux, propreté), plus la durée de la consultation s'allongeait (p = 0,038). Ainsi pour améliorer la durée de la consultation, il faudrait rénover régulièrement et entretenir les locaux de la consultation, ce qui participerait à améliorer la qualité des soins.

3.2.13.2 Score globale

Du point de vue du personnel soignant, au nombre de 14, la rubrique en rapport avec la structure des établissements (effectif, accessibilité financière, disponibilité du matériel, propreté des établissements, etc.) obtenait un score de 2,74/5, soit 55% du score total. Les processus, en rapport avec le déroulement réel des évènements subit dans les établissements

(temps d'attente, durée de la consultation, communication interpersonnelle, etc.) avaient un score de 3,36, soit 67% et les résultats (satisfaction générale du personnel, satisfaction à l'égard de leur revenu, utilité sociale, etc.), un score de 2,75, soit 55% (Tableau 9).

Tableau 9 : Score global du modèle de Donabedian chez les prestataires de soins

Structure	Processus	Résultat
2,74 (55%)	3,36 (67%)	2,75 (55%)

Source : données enquête

Au test du khi 2, on ne notait pas d'association significative entre la structure, les processus et les résultats. Le tableau 10 nous montre les résultats au test du khi 2 entre les différentes rubriques. Ceci est probablement dû à l'échantillon très faible en nombre du personnel soignant. Par contre, dans l'étude de Moore, des corrélations statistiquement significatives ont été observées entre la rubrique de la structure et du processus et la rubrique du processus et des résultats (Moore, 2015).

Tableau 10 : Test de khi2 entre les rubriques du modèle de Donabedian

	Structure	Processus	Résultat
Structure	-	0,62	0,108
Processus	0,62	- 📉	0,499
Résultat	0,108	0,499	40

Source : données enquête

Les scores des différentes rubriques, à savoir structure, processus et résultat, n'avaient pas de relation significative avec le genre du personnel soignant, l'établissement sanitaire, le contractant, et la fonction.

3.2.13.3 Score par fonction

Les infirmiers avaient le score global le plus élevé parmi les fonctions représentées dans notre étude (9,83/15 soit 66%), suivi des médecins (8,70/15, soit 58%). Ainsi les infirmiers avaient une meilleure estime des composantes des établissements en termes d'infrastructure, de personnel soignant, et du déroulement du passage des patients dans les établissements. En revanche, les sages-femmes et la matrone trouvaient que les établissements de santé étaient

moins bien fournis en infrastructure et en personnel (moins de 50% de ce qu'il estime être meilleur). Par ailleurs, la matrone était la plus satisfaite de sa situation en termes de satisfaction vis-à-vis de sa rémunération, de son utilité sociale, de la reconnaissance des patientes à l'égard de son travail (satisfaite à 60%), suivi des infirmiers (satisfaits à 58%) (Figure 16).

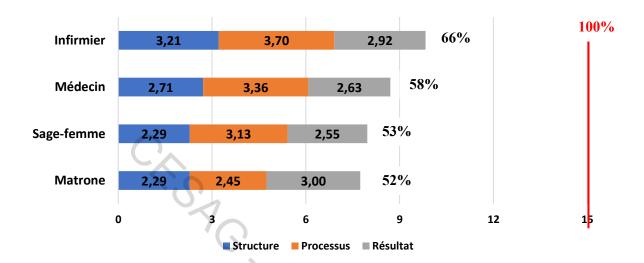


Figure 17 : Score du modèle de Donabedian par fonction du point de vue des prestataires de soins

Source : données enquête

3.2.13.4 Score par établissement de santé

Le personnel soignant du Poste de Santé de Ngayokhème donnait un meilleur score que ceux du Centre de Santé de Niakhar, respectivement 9,03/15 soit 60%, contre 8,78/15 soit 59%. Cependant, le personnel du Centre de Santé avait une meilleure appréciation du déroulement du passage des patients dans leur établissement que ceux du Poste de Santé de Ngayokhème (3,45/5 contre 3,11/5) (Figure 17).

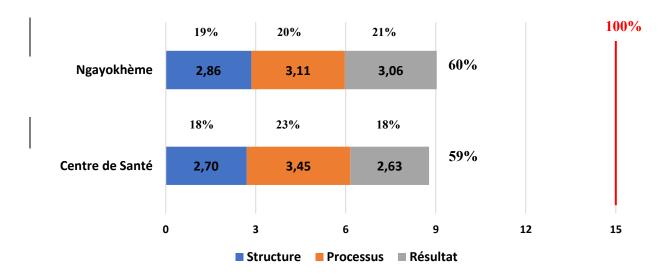


Figure 18 : Score du modèle de Donabedian par établissement de santé du point de vue des prestataires de soins

Source : données enquête

3.3 Les patients

Durant notre étude, nous avons collecté les données de 406 patients. Parmi eux, nous avions eu 134 adhérents (objectif : 128) et 272 non-adhérents (objectif : 256).

Le groupe d'adhérents (n = 134) était composés de 75 enfants de moins de 5 ans (56%), bénéficiant de l'initiative de la gratuité de la CMU, et 59 adhérents classiques (44%), c'est-à-dire les toutes personnes âgées de plus de 5 ans, s'acquittant eux même de leur cotisation annuelle.

3.3.1 Effectif des patients par genre

Notre échantillon était composé de 40% d'hommes et 60% de femmes. Cette observation est illustrée à la figure 18.

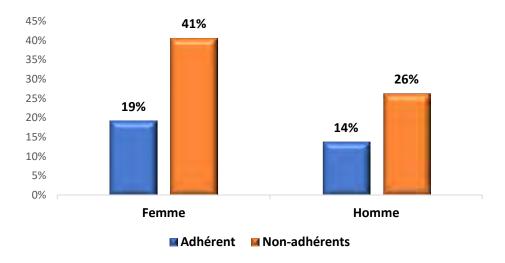


Figure 19 : Effectif des patients par genre et par statut d'adhésion

Sources: Données enquête

Dans notre étude, 78 femmes avaient adhéré contre 165 non-adhérentes, et 56 adhérents de genre masculin contre 107 non-adhérents. Il n'y avait cependant pas d'influence du genre sur le statut d'adhésion (p = 0,635).

3.3.2 Effectif par tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon était la tranche des enfants de 0 à 5 ans révolu (19%), suivi de la tranche des [15-25ans [et [25-35ans [(18%). Par ailleurs on note que les personnes âgées de plus de 55 ans étaient très peu représentées (10%), âge qui représente pourtant un facteur de risque aux maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle (Figure 19).

Il y'avait une relation significative entre la tranche d'âge et le statut d'adhésion (p < 0,0001). Les enfants de moins de 5 ans se faisaient plus consulter et ceci serait probablement dû à la gratuité d'une partie de leurs soins grâce à la CMU, qui règle au moins le problème du recours aux soins.

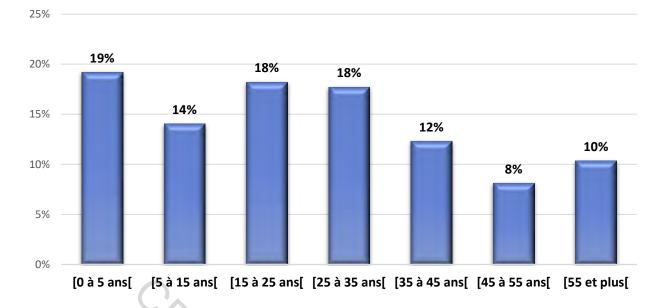


Figure 20 : Répartition des patients par tranche d'âge

Source : Données enquête

Parmi les adhérents classiques, c'est-à-dire en dehors des enfants de moins de 5 ans bénéficiant de la gratuité de la Couverture Maladie Universelle, et s'acquittent ainsi eux même de leur cotisation à la Mutuelle de Santé, il y avait 5 fois plus de femme en âge de procréer (40 femmes de 15 à 54 ans, contre 8 femmes entre [5-15 ans[+[55 ans et plus]). Ce qui permettrait de supposer que les femmes en âge de procréer se prémunissent d'une probable grossesse.

3.3.3 Effectif par situation matrimoniale

Dans notre échantillon de 406 patients, 271 étaient en âge de se marier (âge \geq 15 ans). Parmi eux, les mariés étaient les plus représentés avec 68%, soit 11% de plus que dans l'étude de Grant (57%) (Grant N., 1994). Ils étaient suivis par les célibataires qui représentaient 24%. On avait noté un seul cas de divorce (moins de 1%) (Figure 20).

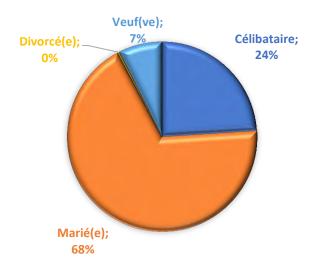


Figure 21 : Répartition des patients par situation matrimoniale

Source: Données enquête

Parmi les mariés, 61% étaient sous le régime monogame et 39% étaient polygame. On notait plus d'adhérents chez les monogames que chez les polygames, 15% contre 6%. Ceci pourrait s'expliquer en partie par les dépenses moindres d'une famille monogame par rapport à une famille polygame, permettant ainsi au chef de famille d'épargner et d'investir dans la santé (Figure 21).

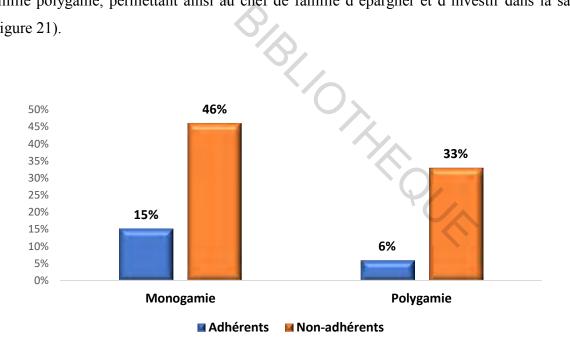


Figure 22 : Répartition par régime marital et par adhésion

Source: Données enquête

Par ailleurs, parmi les adhérents, il y avait 67,9% de célibataires et 29,1% de mariés. La différence entre le statut matrimonial et le statut d'adhésion était significative (p < 0,0001). Donc le statut matrimonial influence le statut d'adhésion. Les célibataires et les mariés souscrivaient plus à la Mutuelle de Santé que les divorcés et les veufs (ves). Le nombre de

mariages sous le régime monogame était supérieur à ceux sous le régime polygame parmi les adhérents de la Mutuelle de Santé, et on notait une relation significative entre le régime marital et l'adhésion à la Mutuelle de Santé (p < 0,0001). Les familles monogames ont plus tendance à adhérer à la Mutuelle de Santé que les familles polygames.

3.3.4 Effectif par statut d'adhésion et par établissement de santé

La figure 22 montre qu'il y'avait 33% d'adhérents et 67% de non-adhérents. Un plus grand nombre d'adhérents a été retrouvé au Centre de Santé de Niakhar (20%) par rapport au Poste de Santé de Ngayokhème (13%). En dehors du fait que l'affluence des patients au Centre de Santé était supérieure par rapport au Poste de Santé, ceci serait probablement dû au fait que le niveau de vie socio-économique des patients provenant de Niakhar est plus adéquat que ceux reçu au Poste de Santé de Ngayokhème, ce dernier recevant principalement les patients provenant des villages environnants.

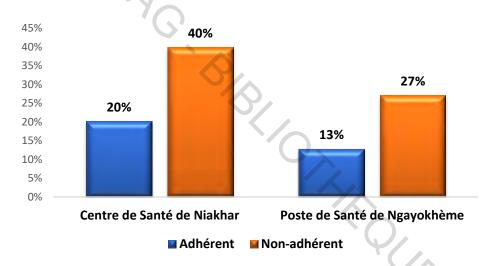


Figure 23 : Effectif des patients par adhérent et non-adhérent et par Poste de Santé Source : Données enquête

Le fait de se faire consulter au Centre de Santé de Niakhar ou au Poste de Santé de Ngayokhème n'influençait pas les patients à adhérer à la Mutuelle de Santé (p = 0.752).

3.3.5 Les maladies chroniques

Dans notre étude, 76 patients, soit 19%, avaient une maladie chronique, et parmi eux seul 4% étaient adhérents à une Mutuelle de Santé, contre 15% de non-adhérents.

La maladie chronique la plus fréquente était l'hypertension artérielle (16% des patients), suivi du diabète (2% des patients), de l'asthme (2%) et enfin de la drépanocytose (1%). Il convient de préciser qu'un patient pouvait être porteur de plus d'une pathologie chronique.

On constatait que plus l'âge avançait, plus important était la prévalence des maladies chroniques. Ainsi, la tranche d'âge la plus touché par les maladies chroniques était celle de [55 ans et plus], avec 45% des cas.

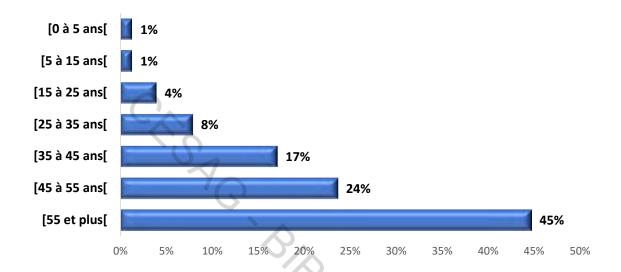


Figure 24: Patients atteints de maladie chronique

Source: Données enquête

Dans notre étude, nous avions enquêté 42 patients âgés de plus de 55 ans et 34 d'entre eux, soit 81%, étaient atteints au moins d'une maladie chronique. Parmi ces 34 patients atteints de maladie chronique, seul 5, soit 15%, avaient adhéré à une Mutuelle de Santé (Figure 24).

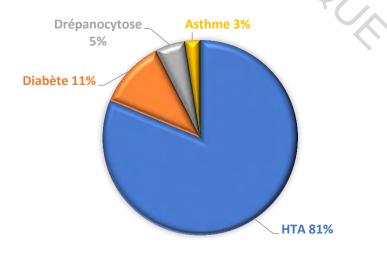


Figure 25: Proportion des maladies chroniques

La maladie chronique la plus fréquente était l'hypertension artérielle (81%), suivi du diabète (11%).

L'existence d'une maladie chronique représentait une motivation suffisante d'adhérer à une Mutuelle de Santé (p = 0.014).

3.3.6 Recours aux soins

En moyenne les patients avaient recours aux soins 5 jours (±4 jours) après le début de la symptomatologie.

Le délai moyen du recours aux soins chez les adhérents à une Mutuelle de Santé était de 4 jours (± 4 jours), alors qu'il était de 5 jours (± 4 jours) chez les non-adhérents. Cette différence de moyenne ne dépendait pas du statut d'adhésion des patients (p = 0,093).

Aussi bien les hommes que les femmes avaient recours aux soins en moyenne 5 jours (±4 jours) après le début des symptômes.

En revanche, les patients consultés au Centre de Santé de Niakhar avaient un délai moyen de recours aux soins de 4 jours, alors qu'au Poste de Santé de Ngayokhème, il était de 5 jours (± 4 jours) (Figure 25). Le statut d'adhésion n'influençait pas le recours aux soins dans ces 2 structures (p = 0.092).

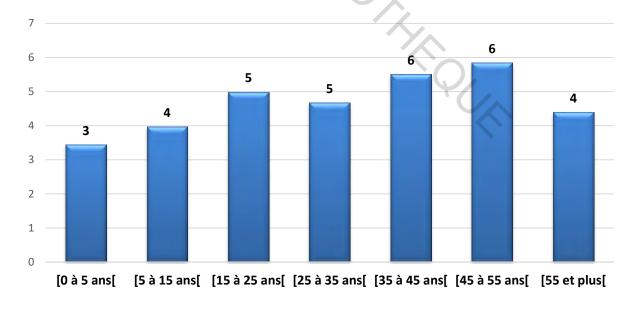


Figure 26: Recours aux soins par tranche d'âge

Source: Données enquête

Le recours aux soins était plus rapide chez les patients aux âges extrêmes : 3 jours (±2 jours) pour les enfants de moins de 5 ans et 4 jours (±3 jours) pour les personnes de plus de 55 ans.

Dans notre échantillon, seul 27% des patients se sont fait consulter dans les 48H suivant le début de la symptomatologie, et 73% ont eu recours aux soins au moins 72H après le début de leurs symptômes (Figure 26).

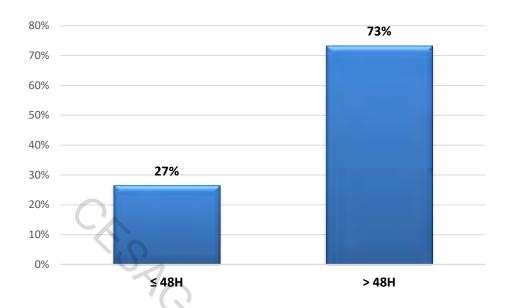


Figure 27: Recours aux soins dans les 48H ou plus

Source: Données enquête

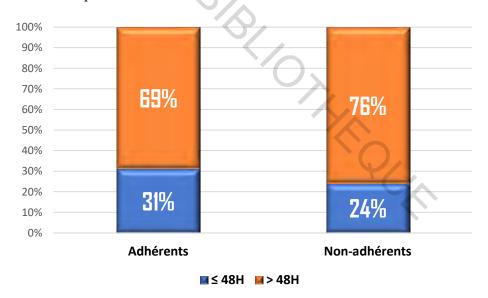


Figure 28 : Recours aux soins dans les 48H ou plus selon le statut d'adhésion **Source :** Données enquête

Les adhérents de la Mutuelle de Santé ont eu plus rapidement recours aux soins que les non-adhérents. Parmi les adhérents, 31% se sont fait consulter au maximum 48H après le début des symptômes contre 24% pour les non-adhérents (Figure 27).

Il n'y avait pas de relation entre le statut d'adhésion et le délai de recours aux soins (p = 0,093).

3.3.7 Temps d'attente et durée de la consultation

En moyenne, le temps d'attente du point de vue des patients était estimé à 34 minutes (± 30) alors que la durée de la consultation était de 14 minutes (± 10) .

Les durées moyennes passées dans les établissements de santé par les patients lors de l'épisode de leur maladie étaient sensiblement les mêmes, 48 minutes (±36) pour les patients reçus au Centre de Santé et 47 minutes (±43) pour ceux du Poste de Santé. Ainsi les patients passaient ³/₄ d'heure en moyenne dans les structures sanitaires pour se soigner.

Le temps d'attente au Centre de Santé était en moyenne de 32 minutes (±31) et de 37 minutes (±28) au Poste de Santé.

Le temps de consultation au Poste de Santé était en moyenne de 11 minutes (±14), et ce temps au Centre de Santé dépassait celui du Poste de 6 minutes, soit 17 minutes (±5) (Figure 28).

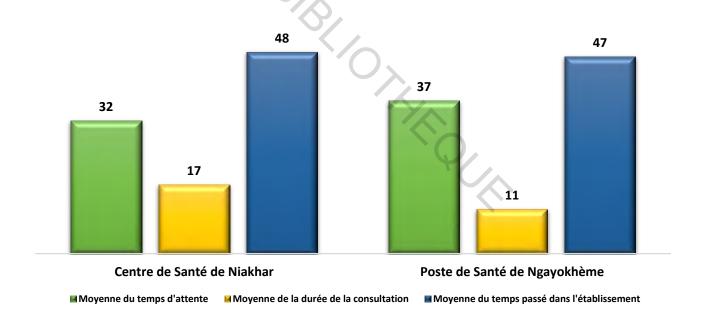


Figure 29 : Moyenne des durées en minutes entre structures sanitaires Source : Données enquête

Le temps d'attente des adhérents était supérieur à celui des non-adhérents, 36 minutes (±33 minutes) contre 33 minutes (±28 minutes). En revanche, la durée de la consultation des adhérents était inférieure à celle des non-adhérents, 13 minutes (±6 minutes) pour les adhérents et 15 minutes (±12 minutes) pour les non-adhérents (Figure 29). Ce qui suggère

qu'il n'y a pas de modification du comportement des prestataires de soins, telle qu'un favoritisme pour les adhérents d'une Mutuelle de Santé, en termes d'attente ou de durée de consultation.

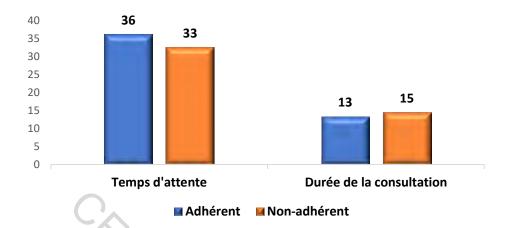


Figure 30 : Moyenne des durées en minutes entre adhérents et non-adhérents Source : Données enquête

3.3.8 Les consultants

On remarquait que la majorité des adhérents à la Mutuelle de Santé se sont fait consulter par les médecins (55%), et cela était plus observé au Centre de Santé de Niakhar disposant aussi bien de médecins que d'infirmiers. Au Poste de Santé de Ngayokhème tous les patients étaient consultés par les infirmiers (es). Par ailleurs, parmi les non-adhérents, 34% ont eu à être consulté par les médecins, mais la plupart des non-adhérents se sont fait consulter par les infirmiers (66%) (Tableau 11).

Tableau 11 : Fréquence des consutlations par fonction

	Ré	Total	
Consultants	Adhérent	Non-adhérent	_
Infirmier (e)(s)	60 (45%)	181 (66%)	241 (59,6%)
Médecins	74 (55%)	91 (34%)	165 (40,4%)
Total	134 (100,0%)	272 (100,0%)	406 (100,0%)

Source: Données enquête

Le statut d'adhérent influençait la décision des patients à se faire consulter par les médecins ou les infirmiers (es) (p < 0,0001). Ainsi adhérer à la Mutuelle de Santé offrait plus de possibilité à se faire consulter par un médecin, et améliorait de fait l'accès aux soins.

3.3.9 Motivation de l'adhésion à une Mutuelle de Santé

La figure 30 nous montre les motifs d'adhésion des adhérents à la Mutuelle de Santé.et leur fréquence. Chez les adhérents de la Mutuelle de Santé, la motivation la plus fréquente à l'adhésion était en rapport avec l'accès aux soins dès que le besoin serait nécessaire (33%) et en rapport avec la réduction des dépenses de santé lors des épisodes de maladie (33%). Par ailleurs, la participation à la Mutuelle de Santé à l'achat des médicaments d'officine ne représentait que 10% des réponses. L'accès à l'information sur les Mutuelles de Santé par le « bouche à oreille » représentait 6% des motivations à l'adhésion à la Mutuelle de Santé, d'où l'importance de la perception et de la confiance de la population aux services qu'offrent les Mutuelles de Santé. Néanmoins ce canal de communication présenterait le risque que l'information soit altérée au cours du processus de diffusion.

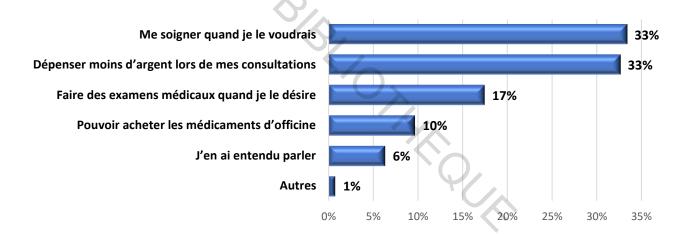


Figure 31 : Motifs d'adhésion à une Mutuelle de Santé

Source: Données enquête

Autres = « mes enfants m'y ont inscrit », « les Mutuelles aident les familles »

Chez les femmes en âge de procréer [15 à 55 ans[, l'accessibilité financière aux soins qu'offrent les Mutuelles de Santé les ont le plus motivées à adhérer à la Mutuelle de Santé (37%) (Figure 31).



Figure 32 : Motivation de l'adhésion à la Mutuelle de Santé chez les femmes en âge de procréer

Autres = « mes enfants m'y ont inscrit », « les Mutuelles aident les familles »

3.3.10 Perception de la prise en charge des adhérents après leur adhésion

La presque totalité des adhérents à la Mutuelle de Santé, plus de 99%, trouvait que l'adhésion à la Mutuelle de Santé a amélioré la qualité de leur prise en charge. Seul 1% disait ne pas avoir remarqué une différence dans leur prise en charge malgré leur adhésion à la Mutuelle de Santé (Figure 32).



Figure 33 : Perception de la prise en charge des adhérents après leur adhésion **Source :** Données enquête

3.3.11 Perception des non-adhérents sur les adhérents

Du point de vue des non-adhérents, seul 27% étaient convaincu que les adhérents à la Mutuelle de Santé étaient mieux pris en charge et 35% trouvaient qu'il n'y aurait pas de changement du comportement des prestataires de soins à leur égard. Par ailleurs, 38% des

non-adhérents ne savaient pas s'il y'avait une différence dans leur prise en charge par rapport aux adhérents (Figure 33).

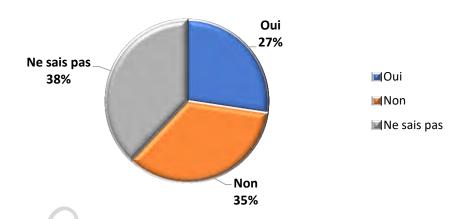


Figure 34 : Opinion des non-adhérents

Source : Données enquête

Parmi les non-adhérents, moins de la moitié, soit 41% des patients reçus au Centre de Santé et au Poste de Santé, disaient vouloir s'inscrire à la Mutuelle de Santé et 59% ne désiraient pas s'y inscrire ou ne savaient pas s'ils auraient un intérêt à adhérer à la Mutuelle de Santé (27% de « Non » et 32% de « Ne sais pas »).

Les motivations quant à leur volonté ou non d'adhérer à une Mutuelle de Santé ont été recueillies. Les phrases des patients ont été reprises telles quelles et ont été regroupées afin d'en déterminer leur fréquence.

La raison la plus fréquente pour laquelle les patients désiraient adhérer à une Mutuelle de Santé était pour faire face aux coûts engendrés par les maladies (72%). On remarquait par ailleurs que certaines femmes désiraient adhérer à une Mutuelle de Santé mais attendaient l'approbation de leur époux (4%). Le tableau 12 résume les motivations des patients à adhérer à une Mutuelle de Santé.

Tableau 12: Motivation de désir des patients d'adhérer à une Mutuelle de Santé

Pourquoi désirez-vous adhérer à la Mutuelle de Santé ?	Fréquence de la réponse	%
Pour payer moins cher la consultation et les ordonnances	80	72%
Pour me soigner quand je suis malade	9	8%
Pour mieux me soigner	7	6%
Il me faut d'abord l'autorisation de mon mari	4	4%
La mutuelle aide les familles pauvres	4	4%
Pour être plus considéré	4	4%
Pour savoir les avantages	1	1%
Pour me soigner gratuitement	1	1%
Je me prépare pour adhérer à la mutuelle	1	1%

On avait noté 59% des non-adhérents qui ne désiraient pas adhérer à une Mutuelle de Santé. La méconnaissance de la Mutuelle était la raison la plus fréquente à leur non-adhésion (74%), puis suivait les raisons d'ordre financière (10%). Les raisons en rapport avec l'approbation de l'époux représentaient 4% des motivations à la non-adhésion des patients (Tableau 13).

Tableau 13: Motivation du refus des patients d'adhérer à une Mutuelle de Santé

Pourquoi ne désirez-vous pas adhérer à une Mutuelle de Santé ?	Fréquence de la réponse	%
Je ne sais pas de quoi il s'agit/Je n'ai pas d'information concernant la Mutuelle	119	74%
Je n'en ai pas les moyens/Je n'ai pas les moyens d'adhérer toute la famille	16	10%
Je tombe rarement malade	10	6%
J'attends l'autorisation de mon mari	4	2%
Mon mari n'est pas intéressé par les Mutuelles/Mon mari arrive à me soigner quand je suis malade	3	2%
Je ne comprends pas le rôle de la Mutuelle	2	1%
Le traitement semble être le même	2	1%
Je ne sais pas comment faire pour y adhérer	1	1%
Nous habitons au village	1	1%
Je ne suis pas salarié	1	1%
Je ne suis pas salarié	1	1%
Quelque fois la Mutuelle néglige les malades	1	1%

Il en ressort que la notion de prévoyance de la maladie n'est pas suffisamment admise ou comprise par les populations locales pour qu'elles veuillent adhérer. Ce constat fait lors de notre étude soulève des questions dans la communication sur l'intérêt du prépaiement comme mode de financement de la santé. Par ailleurs, le faible pouvoir d'achat des ménages de la localité est un obstacle de taille à l'adhésion aux Mutuelles de Santé.

3.3.12 Dépenses de Santé

3.3.12.1 Nombre de médicaments

Globalement, le nombre de médicaments prescrits aux patients était en moyenne de 3 (±1 médicament). On ne notait pas de différence dans la prescription du nombre de médicaments aussi bien pour les adhérents que pour les non-adhérents, en moyenne 3 médicaments pour chaque groupe (±1 médicament).

Par tranche d'âge, on ne mettait pas en exergue une tendance particulière dans la prescription entre adhérents et non-adhérents, tantôt le nombre de médicaments était plus importante chez les adhérents, tantôt il l'était chez les non-adhérents (Figure 34).

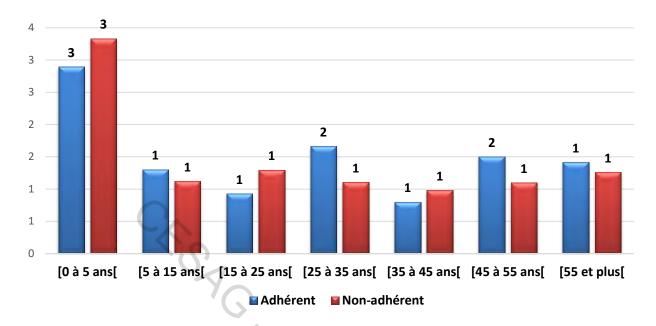


Figure 35 : Moyenne du nombre de médicaments prescrit par épisode de maladie **Source :** Données enquête

En revanche, on remarquait que chez les enfants de moins de 5 ans, bénéficiant de la CMU, le nombre de médicaments prescrit était supérieur par rapport aux autres tranches d'âge. Ce nombre était de 3 médicaments en moyenne prescrits par épisode de maladie (±1 médicament) alors que pour les autres tranches d'âge, elle était à 1 (±1 médicament).

Ainsi, aucune observation ne permet de dire qu'il y aurait un changement de comportement vis-à-vis des adhérents quant au nombre de médicament prescrit par épisode de maladie.

Aussi bien les médecins que les infirmiers prescrivaient en moyenne 3 médicaments par ordonnance. Cependant, la fonction du prestataire de soins n'influençait pas le nombre de médicaments prescrit (p = 0.707).

3.3.12.2 Dépenses des médicaments

Le prix moyen des médicaments prescrit aux patients était de 4 253F CFA (±3 148). Ce prix a été calculé sans appliquer le taux de 50% ou de 80% pris en charge par la Mutuelle de Santé. L'ANSD révélait que la dépense par habitant et par mois était de 14.900 F CFA en milieu rural (ANSD, 2014), ainsi le prix moyen des médicaments représentait environ 30% du revenu mensuel pour l'achat de médicaments pour un seul épisode de maladie.

Aussi bien chez les adhérents que chez les non-adhérents, le nombre moyen de médicaments était de 3, mais on remarquait que chez les adhérents, le prix moyen des médicaments était de 4 437F CFA (±2 808), contre 4 163F CFA (±3 304) pour les non-adhérents, soit une différence moyenne de 275F CFA par ordonnance.

Au Centre de Santé de Niakhar, les dépenses liées aux médicamentes étaient largement supérieures à celles du Poste de Santé de Ngayokhème, 5 034F CFA (±3 560) contre 3 078F CFA (±1 869), soit une différence d'environ 2 000F CFA par ordonnance (Figure 35).

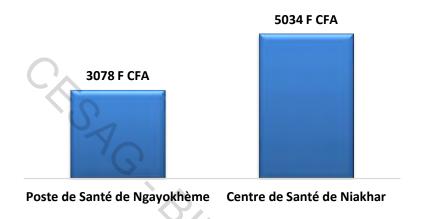


Figure 36 : Dépenses liées aux médicaments par structure sanitaire Source : Données enquête

On ne notait pas de différence de prix des médicaments entre les adhérents et les non-adhérents consultés au Poste de Santé de Ngayokhème. En revanche, pour ceux consultés au Centre de Santé de Niakhar, il y'avait une hausse de 426F CFA sur le prix moyen des médicaments des adhérents (Figure 36).

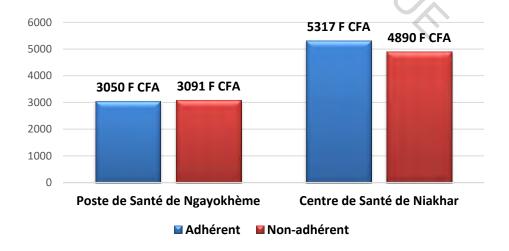


Figure 37 : Prix des médicaments entre adhérents et non-adhérents et par structure Source : Données enquête

Malgré une prescription par ordonnance pareille en termes de nombre de médicaments, 3 pour chaque groupe, les médecins prescrivaient des médicaments plus chers que les infirmiers, avec une moyenne de 5 333F CFA (± 3 726) pour les médecins et 3 522F CFA (± 2 436) pour les infirmiers (Figure 37). Et l'influence de la fonction du prestataire de soins sur les prix des médicaments était significative (p < 0,0001). On pouvait en conclure que les médecins ont une tendance à prescrire des médicaments plus chers que les infirmiers.

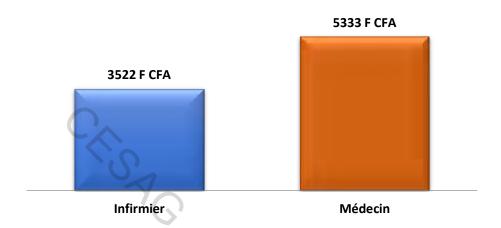


Figure 38: Prix de l'ordonnance selon la fonction

Source: Données enquête

Mais cette prescription plus chère des médecins par rapport aux infirmiers n'était pas influencée par le statut d'adhésion des patients (p = 0.409).

3.3.12.3 Impact de la prise en charge de la Mutuelle de Santé sur les prix des médicaments

Initialement les adhérents de la Mutuelle de Santé dépensaient en moyenne 4 437F CFA par ordonnance. Après application du taux de 80% pour les médicaments de l'IB et de 50% pour les médicaments vendus en officine, les adhérents dépensaient en moyenne 2 182F CFA (±1 678), soit une réduction de 2 255F CFA en moyenne sur chaque ordonnance.

La réduction sur le prix d'une ordonnance était en moyenne de 49% sur le prix initial des médicaments. Elle était de 1 561F CFA au Poste de Santé de Ngayokhème alors qu'elle était de 2 620F CFA au Centre de Santé de Niakhar (Figure 38).

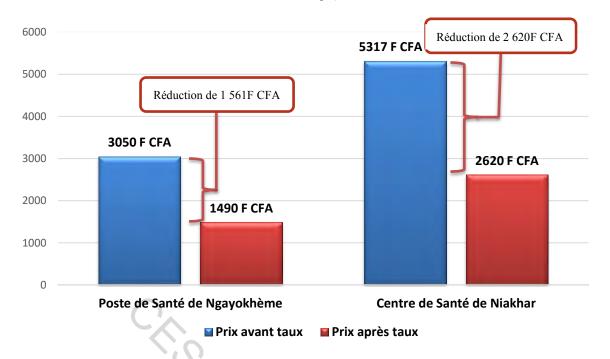


Figure 39 : Impact de la prise en charge de la Mutuelle de Santé sur le prix des médicaments **Source :** Données enquête

3.3.12.4 Dépenses totales

Le calcul de la dépense total a été réalisé par la somme du prix des médicaments, le tarif du ticket de consultation et de celui des analyses biologiques. Le taux de prise en charge à 100% par le patient pour les non-adhérents, et à 80% ou 50% par la Mutuelle de Santé a été pris en compte dans le calcul.

Les adhérents de la Mutuelle de Santé dépensaient en moyenne pour un épisode de maladie 2 358F CFA (±1 698), alors que les non-adhérents dépensaient 4 659F CFA (3 411), soit une différence de 2 301F CFA (Tableau 14).

Ainsi la prise en charge de la Mutuelle de Santé a réduit en moyenne de 49% les dépenses totales de chaque patient adhérent à la Mutuelle pour un épisode de maladie.

Du point de vue de l'OMS, la qualité des soins implique une notion d'efficience (meilleur résultat au moindre cout). Dans notre étude nous avons constaté qu'adhérer à une Mutuelle de Santé réduirait les dépenses de santé et participerait donc à l'amélioration de la qualité des soins.

Tableau 14 : Statistique des dépenses entre adhérent et non-adhérent

	Statut	N	Moyenne	Ecart type
Prix des médicaments	Adhérent	134	4437,19	2808,443
	Non-adhérent	272	4162,53	3303,747
D' 4.41	Adhérent	134	2357,72	1698,299
Dépense total	Non-adhérent	272	4658,54	3411,396

Tableau 15 : Relation entre le statut d'adhésion et les dépenses des patients

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (Bilatéral)
Prix des médicaments	Hypothèse de variances égales	2,674	,103	,826	404	,409
	Hypothèse de variances inégales			,873	306,293	,383
Dépense total	Hypothèse de variances égales	37,411	,000	-7,367	404	,000
	Hypothèse de variances inégales			-9,073	403,945	,000

Source : Données enquête

Le prix moyen de l'ordonnance des adhérents était de 4 437F CFA (±2 808) et celui des non-adhérents 4 163 F CFA (±3 304). La différence de moyenne entre les deux groupes n'était pas significative (p = 0,826), donc le statut d'adhésion n'influence pas la prescription des médicaments. Ainsi être adhérent à une Mutuelle de Santé n'influençait pas le comportement du personnel soignant à prescrire des médicaments plus chers par rapport aux non-adhérents. Par ailleurs, pour un épisode de maladie les adhérents dépensaient en moyenne 2 358 F CFA (±1 698) et les non-adhérents 4 659F CFA (±3 411). La différence de moyenne entre les adhérents et les non-adhérents était quant à elle significative (p < 0,0001). Donc adhérer à une Mutuelle de Santé a une influence sur les dépenses des patients. Ainsi adhérer à une Mutuelle de Santé améliore l'accès aux soins et la qualité des soins du point de vue de l'OMS.

Se faire examiner par un médecin, indépendamment du statut d'adhésion, coutait plus chers que se faire examiner par un infirmier, 4 675F CFA (± 3 764) VS 3 373F CFA (± 2 526) avec une influence significative (p < 0,0001) (Tableau 15).

3.3.13 Résultat du modèle de Donabedian chez les patients

3.3.13.1 Moyenne des items

Du point de vue des patients, les locaux dans lesquels ils sont reçus sont adaptés et bien entretenu à 95%. Les patients disaient trouver accessible financièrement et géographiquement les 2 structures à 62% et que leur plateau médical est complet à 66%.

Globalement tous les items en rapport avec le processus de la consultation était bien noté. Les scores les plus élevés concernaient le professionnalisme du personnel soignant à leur égard (95%), l'écoute des prestataires (87%) et la confiance en la capacité du personnel soignant à les prendre en charge (86%). Les scores les plus faibles étaient en rapport avec la communication du personnel soignant concernant la pathologie dont souffrent les patients (communication à 42%) et la raison pour laquelle un bilan complémentaire leur ai prescrit (35%). Par ailleurs les patients ne suggéraient pas souvent aux prestataires de soins de leur prescrire des médicaments vendus en officine, ils ne le faisaient qu'à 24%.

En termes de résultat les patients étaient satisfaits des soins qu'ils ont reçus à 84% (Figure 39).

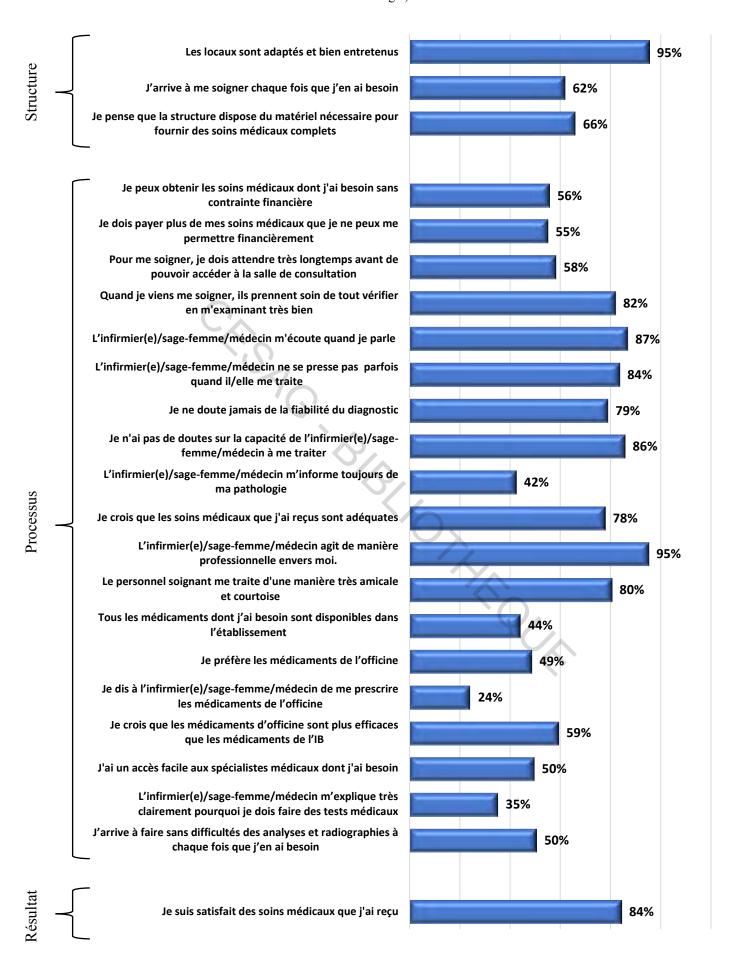


Figure 40 : Score du modèle de Donabedian du point de vue des patients **Source :** Données enquête

3.3.13.2 Score global

Le score le plus faible dans le modèle de Donabedian était en rapport avec l'accueil, le déroulement de la consultation, etc. : la communication interpersonnelle, la perception de la qualification du personnel, le temps d'attente, le professionnalisme et convivialité du personnel, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments vendus dans les structures, etc.

Tableau 16 : Score global du modèle de Donabedian chez les patients

Structure	Processus	Résultat
3,72 (74%)	3,19 (64%)	4,21 (84%)

Source: Données enquête

On remarquait que les adhérents trouvaient mieux adaptés les soins qu'ils ont reçu par rapport aux non-. Par ailleurs l'accessibilité financière était meilleure chez les adhérents que chez les non-adhérents. Le statut d'adhésion avait une influence sur le parcours des patients, car les adhérents de la Mutuelle de Santé consultaient plus souvent les spécialistes au besoin que les non-adhérents adhérents (Tableau 16).

Au seuil de 5%, il n'y avait de relation significative entre le statut d'adhésion et la satisfaction générale des patients. Par contre, au seuil de 10%, être adhérent rendrait plus satisfait des soins reçus avec un risque de se tromper de 10%.

Du point de vue de la prescription médicamenteuse, les adhérents préféraient les médicaments de l'officine, suggéraient plus aux personnels soignants de les leur prescrire (Q9) car les trouvaient plus efficaces (Tableau 17).

Tableau 17: Relation entre le statut d'adhésion et la réponse des patients

Relation entre le statut d'adhésion et la réponse des patients		
<u> </u>	P value	
Q1. A quel point diriez-vous que vous avez reçu des soins médicaux adaptés à votre maladie?	0,036	
Q2. Arrivez-vous à vous soigner sans que vous n'ayez des problèmes d'argent plus tard ?	0,000	
Q3. Avez-vous des difficultés financières quand vous devez payer la consultation et les médicaments ?	0,000	
Q4. J'arrive à faire sans difficultés des analyses et radiographies à chaque fois que j'en ai besoin	0,000	
Q5. Pouvez-vous consulter un spécialiste dès que vous en avez besoin ?	0,000	
Q6. Je suis satisfait des soins médicaux que je reçois	0,071	
Q7. Est-ce que vous arrivez à vous soigner chaque fois que vous êtes malade ?	0,000	
Q8. Je préfère les médicaments de l'officine	0,000	
Q9. Je dis à l'infirmier(e)/sage-femme/médecin de me prescrire les médicaments de l'officine	0,000	
Q10. Croyez-vous que les médicaments d'officine soient plus efficaces que les médicaments vendus dans l'établissement?	0,000	

3.3.13.3 Score par structure sanitaire

Le Centre de Santé de Niakhar était mieux apprécié par les patients en termes de structure et de processus. Dans la rubrique structure, le Centre de Santé dépassait le Poste de Santé de Ngayokhème de 6% et de 2% dans la rubrique processus.

En revanche, malgré une meilleure appréciation du plateau technique et de l'accessibilité géographique et financière, d'une disponibilité des médicaments supérieure du Centre de Santé, le Poste de Santé était mieux noté en termes de satisfaction des soins reçus par les patients, 29% pour le Poste de Santé contre 28% pour le Centre de Santé (Figure 40).

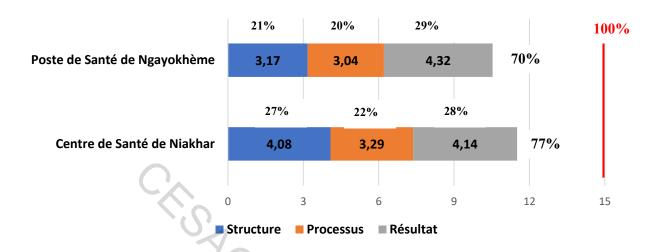


Figure 41 : Score du modèle de Donabedian par structure sanitaire du point de vue des patients

Source: Données enquête

3.3.13.4 Score par tranche d'âge

Les parents/tuteurs légaux des enfants de moins de 5 ans, âge bénéficiant gratuitement des soins, ont eu une meilleure appréciation de l'accessibilité financière et géographique, du déroulement global de la consultation et était les plus satisfait parmi tous les tranches d'âge. Par contre, les adultes de plus de 55 ans étaient les moins satisfait de leur prise en charge (Figure 41).

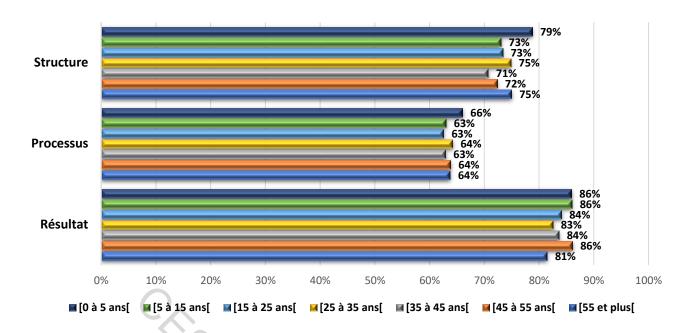


Figure 42 : Score du modèle de Donabedian par tranche d'âge du point de vue des patients Source : Données enquête

3.3.13.5 Score par genre

Par genre, les scores des différentes rubriques étaient les mêmes ((Figure 42).

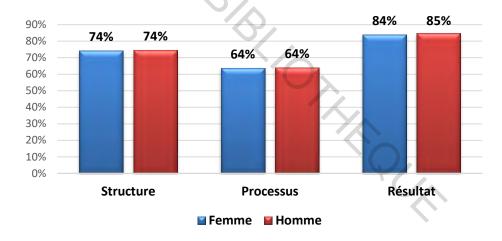


Figure 43 : Score du modèle de Donabedian par genre du point de vue des patients **Source :** Données enquête

3.3.13.6 Score par statut d'adhésion

Globalement les adhérents de la Mutuelle de Santé avaient une meilleure appréciation des soins qu'ils recevaient dans les 2 structures sanitaires. Leurs scores dépassaient pour tous les rubriques ceux des non-adhérents, mais l'écart des scores entre les 2 groupes était faible (en moyenne 5%) (Figure 43).

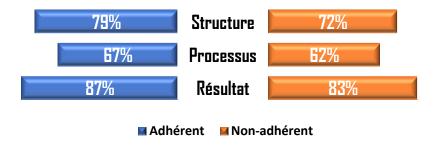


Figure 44 : Score du modèle de Donabedian par statut d'adhésion (1)

Les adhérents de la Mutuelle de Santé avaient mieux noté positivement tous les items des rubriques. Ils avaient moins de contrainte financière pour se soigner, appréciaient mieux le déroulement de la consultation, avaient plus confiance en la capacité du personnel soignant à les prendre en charge. Ils préféraient plus les médicaments de l'officine (59% VS 43%) et suggéraient plus au prestataire de soins de leur prescrire ces médicaments (29% VS 21%) car supposaient plus que les non-adhérents que les médicaments de l'officine sont plus efficaces que ceux de l'IB (71% VS 53%) (Figure 44).

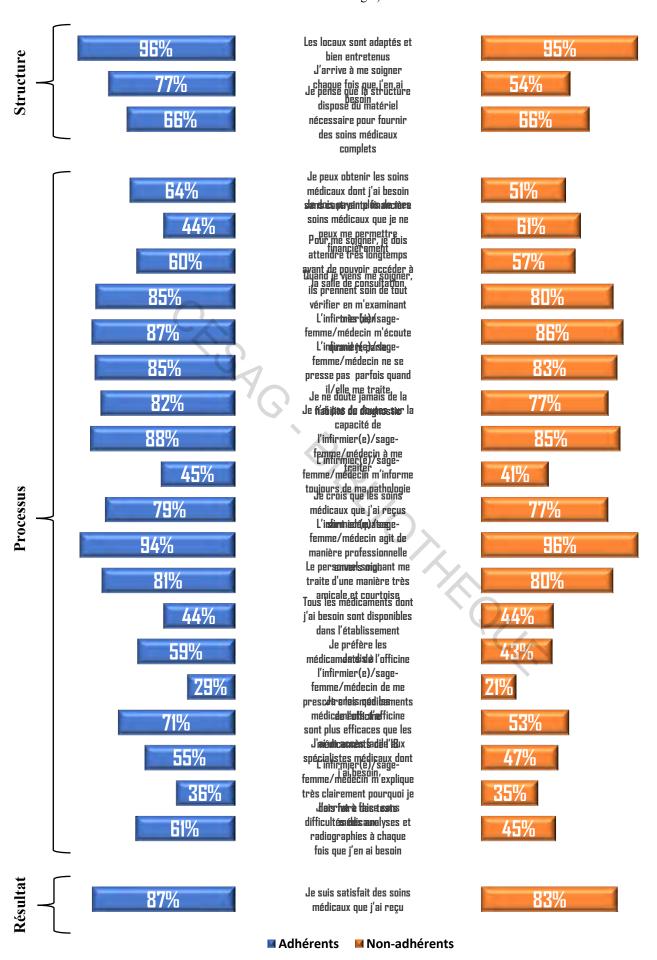


Figure 45 : Score du modèle de Donabedian selon le statut d'adhésion (2)

Il ressort de ce constat que jouir des avantages procurés par l'adhésion à la Mutuelle de santé revêt une importance capitale dans l'appréciation de la qualité des soins.

3.3.14 Résultats du QSP-18

3.3.14.1 Score global

Globalement les structures sanitaires n'étaient accessibles géographiquement et commode à la pratique médicale qu'à 55% et les patients appréciaient autant la communication du personnel soignant et l'aspect financier concernant leur consultation. Ce qui suggère des améliorations et rénovations des infrastructures et de mettre en place un système d'information adapté au milieu rural pour mieux faire comprendre les avantages du système de prépaiement.

Les patients trouvaient que le temps de la consultation était suffisant (84%) et malgré ce temps de consultation suffisant, ils appréciaient la communication du personnel soignant qu'à 55%. Cette observation impose au système de santé de former le personnel soignant en technique de communication afin d'améliorer la qualité des soins.

Le comportement du personnel soignant à l'égard des patients était du point de vue des patients adéquat (86%) et leur perception de la qualité technique des prestataires de soins était moyenne à 77%.

En somme les patients étaient bien satisfaits des prestations reçus dans les deux structures sanitaires que nous avons visitées (84%) (Figure 45).

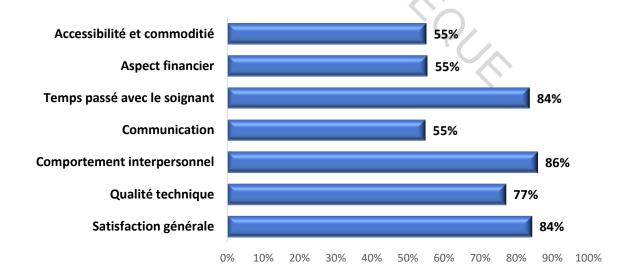


Figure 46: Score global du QSP-18

Source: Données enquête

D'après le questionnaire de satisfaction des patients (QSP-18), le statut d'adhésion n'avait aucune influence sur les rubriques. Par contre toutes les rubriques du QSP-18 avaient une influence sur la satisfaction des patients, et ainsi sur la qualité des soins. Par ailleurs, l'aspect financier ne représentait pas un motif pour déterminer la satisfaction des patients (p = 0,669). Ces résultats étaient similaires à ceux de Grant, mais du point de vue des patients de son étude, l'aspect financier déterminait, en partie, le niveau de satisfaction (Tableau 18).

Tableau 18 : QSP-18, Influence des rubriques sur la satisfaction générale des patients

Rubrique	P value
Qualité technique	0,000
Comportement interpersonnel	0,000
Communication	0,000
Aspect financier	0,669
Temps de consultation	0,000
Accessibilité et commodité	0,026

Source : Données enquête

3.3.14.2 Score par structure sanitaire

Au Centre de Santé de Niakhar, les adhérents étaient plus satisfaits que les non-adhérents (88% VS 80%). Parmi les 7 rubriques, les adhérents appréciaient mieux les 6. Par contre, les non-adhérents avaient une meilleure appréciation de l'aspect financier, ce qui est contradictoire avec ce qui aurait pu être attendu (Figure 47). Cette contradiction pourrait s'expliquer par le fait que les adhérents, du fait du préfinancement de leur santé, étaient plus exigeants que les non-adhérents, et s'attendaient probablement à une plus importante réduction du poids des dépenses de santé du ménage, ce qu'ils n'ont pas obtenu.

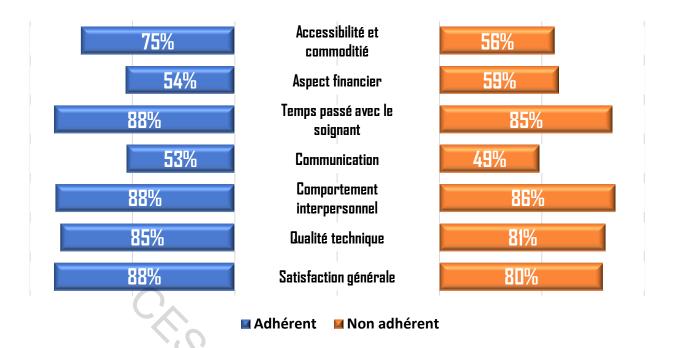


Figure 47 : Score QSP-18 au Centre de Santé de Niakhar

Les adhérents et non-adhérents consultés au Poste de Santé de Ngayokhème n'éprouvaient pas de différences notables dans l'appréciation des rubriques mais les non-adhérents étaient légèrement plus satisfaits que les adhérents en raison d'une probable exigence prédominante chez les adhérents.

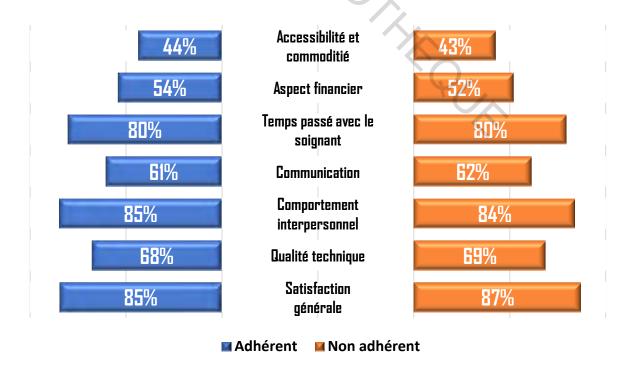


Figure 48 : Score QSP-18 au Poste de Santé de Niakhar

Globalement, il ressort de notre analyse que les adhérents consultés au Centre de Santé avaient une meilleure appréciation des rubriques.

3.3.14.3 Score par atteinte de maladie chronique

Parmi les 330 patients non-atteints de maladie chronique, les adhérents avaient un meilleur jugement de tous les rubriques par rapport aux non-adhérents sauf la rubrique en rapport avec l'aspect financier (Figure 49).

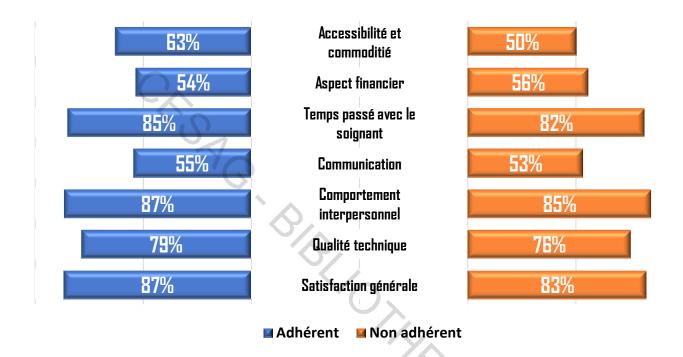


Figure 49 : Score QSP-18 chez les patients sans maladie chronique **Source :** Données enquête

Parmi les 76 patients atteints de maladie chronique, les adhérents étaient légèrement plus satisfaits (86% VS 84%). Mais on remarquait que les non-adhérents, au même titre que ceux consultés au Poste de Santé, appréciaient plus l'aspect financier que les adhérents. Ce même constat était observé concernant le temps de consultation, la communication interpersonnelle et la qualité technique.

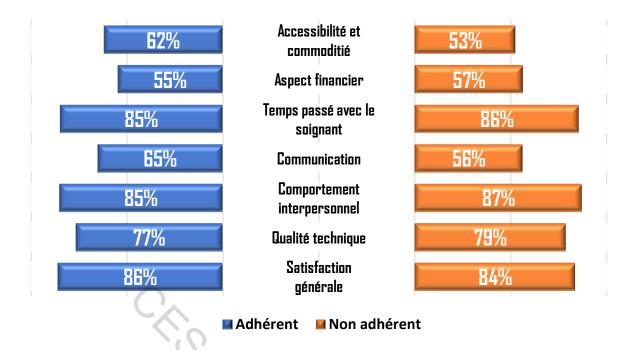


Figure 50 : Score QSP-18 chez les patients atteints de maladie chronique

3.3.14.4 Score par statut d'adhésion

Les adhérents de la Mutuelle de Santé appréciaient plus que les non-adhérents toutes les rubriques. Les avantages obtenus par les adhérents de la Mutuelle les ont permis d'apprécier l'aspect financier de leur prise en charge à 70% comparé aux non-adhérents à 56% (Figure 51).

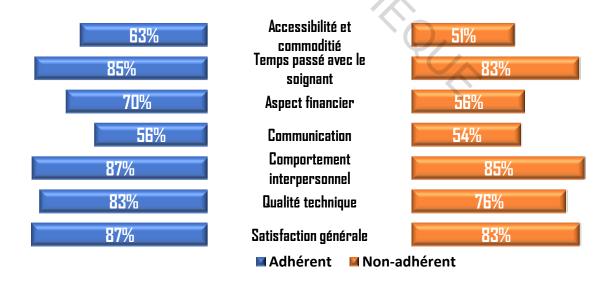


Figure 51 : Score QSP-18 par statut d'adhésion

Source: Données enquête

3.3.14.5 Score par genre

On notait que les adhérents de genre féminin étaient plus satisfaits de tous les rubriques que les non-adhérents. Par contre, les non-adhérentes étaient très légèrement plus satisfaits de l'aspect financier (Figure 52).

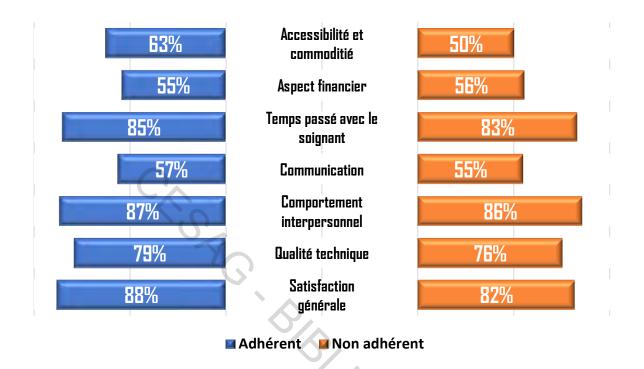


Figure 52 : Score QSP-18 chez les femmes

Source: Données enquête

Les adhérents de genre masculin étaient très légèrement plus satisfaits que les non-adhérents (85% VS 84%). Ce constat était le même concernant le temps passé avec le soignant, la communication et le comportement interpersonnel. Par contre, le niveau d'appréciation de la qualité technique était le même dans les deux groupes. Par ailleurs, le niveau d'appréciation de l'aspect financier était très faible dans les deux groupes, mais légèrement supérieur chez les non-adhérents (Figure 53).

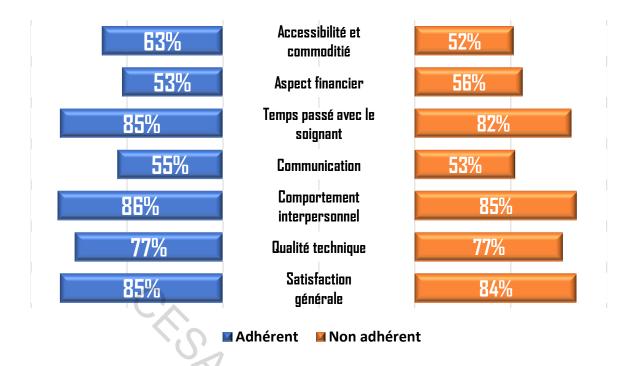


Figure 53: Score QSP-18 chez les hommes

3.4 Résumé comparatif entre prestataires de soin et patients

Le personnel soignant avait une moins bonne appréciation que les patients de la disponibilité et de l'adéquation du matériel à leurs besoins (55% VS 74%). Ceci pourrait s'expliquer par la faiblesse du plateau technique décrié sur toute l'étendue du territoire, mais que ne ressentent pas nécessairement les populations à une heure ponctuelle. Le manque de matériel et l'insuffisance du personnel soignant en nombre et en connaissance auraient des incidences immédiates sur le déroulement des prestations offertes par les structures mais leurs effets sur la population seraient plus ou moins retardés.

Par contre, les patients sont moins satisfaits du déroulement des prestations, de leur accueil, de la communication du personnel soignant que ne le pensaient les prestataires de soins (64% VS 67%).

En termes de satisfaction, les patients sont très satisfaits des prestations qu'ils recevaient du personnel soignant (84%), à l'inverse du personnel soignant qui n'apprécie que très peu sa situation par rapport à l'importance de son travail, son salaire par rapport à ses besoins et de sa vie professionnelle en général (55%) (Figure 54).

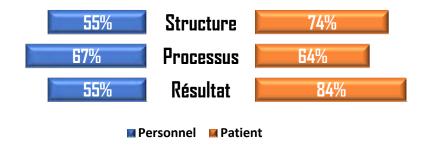


Figure 54 : Comparatif du modèle de Donabedian

Le temps d'attente au Centre de Santé de Niakhar était largement sous-estimé par le personnel soignant par rapport aux patients (17 (±5,8) VS 32 (±31) minutes). Cette sous-estimation du temps d'attente pourrait être à l'origine d'un ralentissement des activités du personnel soignant étant donné leur estimation du faible temps d'attente.

En revanche, au Poste de Santé de Ngayokhème le personnel avait une estimation du temps d'attente plus ou moins similaire à celle des patients (41 (±13,1) VS 37 (±28) minutes) (Figure 55).



Figure 55 : Comparatif du temps d'attente (en minutes)

Source: Données enquête

On ne notait pas de disparité importante entre les estimations de la durée de la consultation par le personnel soignant et les patients au Centre de Santé et au Poste de Santé, 18 (±7) VS 17 minutes (±5) pour le Centre de Santé et 15 (±4,1) VS 11 minutes (±14) pour le Poste de Santé (Figure 56).



Figure 56 : Comparatif de la durée de la consultation (en minutes)

Source : Données enquête

Dans nos questionnaires (Annexe 1, Annexe 2, Annexe 3), certaines questions ont été posées de la même manière aux personnels soignants et aux patients dans le but d'en faire une comparaison.

On remarque une différence d'appréciation très importante de l'adaptabilité des locaux. Le personnel soignant trouve que les locaux sont adaptés à leur travail qu'à 64% alors que les patients trouvent les locaux adaptés aux soins qu'ils reçoivent à 95%. Ce qui conforte l'idée selon laquelle les patients n'ont qu'une perception de l'environnement médical et non l'expertise technique qui leur permettrait de pouvoir discriminer les réels besoins du personnel soignant des apparences.

Par ailleurs, les patients trouvaient plus que les prestataires que ces derniers ne prenaient pas leur temps pour les examiner convenablement et les prestataires trouvaient moins que les patients que le niveau de compétence du personnel était correct (86% VS 66%).

Les disparités de jugements les plus importantes concernaient la communication entre le personnel soignant et les patients. Le personnel soignant trouvait qu'il expliquait très bien la maladie dont souffraient les patients (89%), qu'il leur expliquait la raison pour laquelle il leur a prescrit des examens complémentaires (86%) et qu'il prenait en compte les avis des patients le moment venu de prescrire une ordonnance (70%). Les jugements des patients étaient différents concernant ces 3 items. Du point de vue des patients, la communication était pauvre; le personnel soignant ne leur expliquait pas assez de quoi ils souffraient (42%), ne leur expliquait pas pourquoi ils devaient faire des examens complémentaires (35%), ce qui peut avoir un impact négatif sur la motivation du patient à réaliser ces examens du fait de leur

incompréhension et de leur méconnaissance de l'intérêt des examens. Et l'absence de ces informations les laissait supposer qu'ils allaient dépenser de l'argent supplémentaire, dont la plupart ne disposait pas, alors qu'il pouvait prendre les médicaments déjà prescrit et attendre les résultats du traitement. S'en suit l'absence de prise en compte de leur avis sur la prescription de l'ordonnance (24%) (Figure 57).

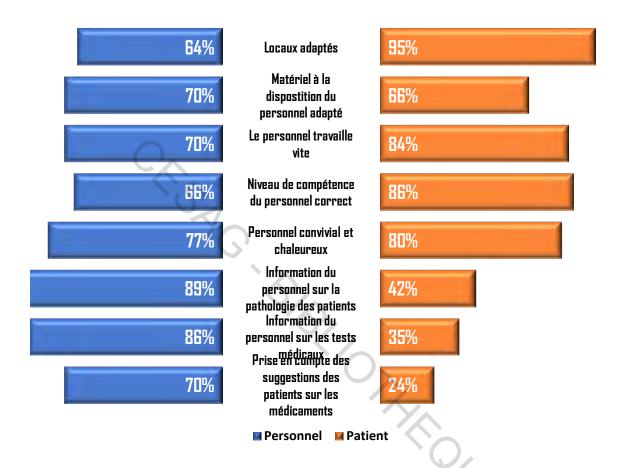


Figure 57 : Comparaison des items du modèle de Donabedian

Source: Données enquête

3.5 Discussion

Notre échantillon était composé de 40% d'hommes et 60% de femmes. Ce constat était identique à celui de l'étude de Grant (Grant N., 1994). Dans l'étude de ce dernier, 59% des patients étaient hypertendus contre 16% dans notre étude et 22% diabétiques contre 2% dans notre étude.

Dans notre étude, le genre n'était pas lié au statut d'adhésion. Cette observation était corroborée par plusieurs études (De Allegri, et al., 2006b ; Jütting, 2005 ; Musango L. et al., 2004 ; Dubois F., 2002). En revanche, parmi les adhérentes aux Mutuelles, il y avait 5 fois

plus de femme en âge de procréer. Concernant l'âge des adhérents, il avait une contradiction. Dans notre étude, les personnes âgées étaient faiblement représentées chez les adhérents (10%) alors que pour Dubois constatait un nombre important de personnes âgées (plus de 60 ans) parmi les mutualistes. Enfin, Criel rapporte le fait que les personnes plus âgées sont davantage exclues économiquement et socialement de la communauté et éprouvent donc plus de difficultés à participer à la mutuelle de santé (Criel B., 1998).

Par ailleurs, parmi les adhérents, il y avait 67,9% de célibataires et 29,1% de mariés avec une différence significative entre le statut matrimonial et le statut d'adhésion. Les familles monogames avaient plus tendance à adhérer à la Mutuelle de Santé que les familles polygames. Dubois soulignait quant à lui que, parmi les mutualistes, les proportions de ménages monogames et polygames étaient relativement semblables et proches des statistiques nationales (Dubois F., 2002).

Certaines populations, du fait d'une méfiance des Mutuelles de Santé, patientaient afin de voir l'évolution des Mutuelles avant d'adhérer (Schneider P., 2005; Criel B. & Waelkens M.-P., 2003; Criel B., 2002). Ce comportement s'expliquerait essentiellement par leur expérience antérieure face à des situations de gestion malhonnête de système d'épargne ou de crédit, coopératives, associations informelles, *etc*. Toutefois, si ce type de suspicion explique des adhésions tardives à une mutuelle de santé, elle n'apparaît pas, pour certains, comme un motif majeur de non-adhésion (Criel B. & Waelkens M.-P., 2003; Criel B., 2002). Par contre, d'autres études indiquent que les doutes quant à l'honnêteté des responsables de la mutuelle ou des expériences antérieures de détournement de fonds auraient bien un impact négatif sur l'adhésion (Basaza R. et al., 2008, De Allegri M. et al, 2006a, Schneider P., 2005). Dans notre étude, 59% des non-adhérents ne désiraient pas adhérer à une Mutuelle de Santé. Et conformément aux études de Criel, la suspicion d'une gestion malhonnête par les Mutuelles de Santé n'était pas un motif de refus d'adhésion (Criel B. & Waelkens M.-P., 2003).

Certaines études soulignent une très bonne connaissance des principes mutualistes, tant par les membres que par les non-adhérents (Criel B. & Waelkens M.-P., 2003; Criel B., 2002), d'autres attestent du faible niveau de connaissance de la Mutuelle de Santé par les populations (Basaza R. et al., 2008; De Allegri M. et al, 2006a; Schneider P., 2005). Ce dernier serait lié à la déficience de la transmission de l'information en raison de la sensibilisation non adaptée à des populations analphabètes. Cette situation était observée dans notre étude ou nous avons constaté que la méconnaissance de la Mutuelle était la raison la plus fréquente à leur non-adhésion (74%).

Le recours précoce aux soins, soit moins de 48H après le début des symptômes, étaient observé chez 27% des patients, et 73% ont eu recours aux soins au moins 72H après le début de leurs symptômes. On observait une importante différence par rapport à l'étude de Veyre qui objectivait un nombre important de patients qui se faisaient consulter dans les 48H après le début des symptômes (55%) (Veyre, 2009).

Ymele objectivait dans son étude une moyenne de temps d'attente de 2h7min et Aldana une moyenne de $30 \pm 2,5$ min alors que dans le nôtre le temps d'attente était en moyenne de 34 minutes (Ymele Nana, 2015). Par contre, pour Aldana, le temps de consultation était largement inférieur au notre, 2,33 minutes contre 14 minutes dans notre étude (Aldana, 2001).

Concernant les dépenses de santé, Ymele avait trouvé que chez les adhérents le prix d'une ordonnance était en moyenne de 7 500F CFA par ordonnance, soit plus de 3 000F CFA de plus que pour nos patients. Cependant, pour Ymele, après application de la prise en charge qui s'élevait à 70% pour tous les médicaments, indépendamment de la provenance des médicaments (IB ou officine), les adhérents ne dépensaient que 2 250F CFA alors que dans notre étude après application du taux de prise en charge (80% ou 50%), les adhérents dépensaient en moyenne 2 182F CFA (±1 678).

Par rapport à l'étude de Fatemeh, l'estimation de la rubrique « Résultat » (Satisfaction des soins reçu) était à 67%. Ainsi les patients de notre étude étaient largement plus satisfaits des soins qu'ils ont reçus (84%) (Fatemeh, 2012). En comparaison à l'étude de Grant, les patients de notre étude était largement plus satisfait (84% VS 72%). Nos patients avaient globalement une meilleure appréciation de la qualité technique (77% VS 74%), du comportement interpersonnel (86% VS 82%) et du temps passé avec le soignant (84% VS 72%). En revanche, les patients de Grant trouvaient plus accessibles et commodes les locaux dans lesquels ils étaient pris en charge (55% VS 75%), avaient une meilleure appréciation de l'aspect financier et communicationnel de leur prise en charge (respectivement 55% VS 76% et 55% VS 75%).

Dans une étude réalisée en 2015 au Soudan par Daffaala évaluant la satisfaction des patients par le modèle du QSP-18, la satisfaction générale était de 65%, et pour Ymele elle était de 77,6% alors que nous avions dans notre étude une satisfaction générale à 84% (Ymele Nana, 2015). Outre la satisfaction générale, nos patients obtenaient un score supérieur à ceux des patients de Daffaala en termes de qualité technique (77% VS 68%), de comportement interpersonnel (86% VS 61%), et du temps passé avec le soignant (84% VS 42%). Par contre

nos patients étaient moins satisfaits de la communication (55% VS 68%) et de l'accessibilité et commodité (55% VS 59%). Concernant l'aspect financier, les patients des deux études étaient tous satisfaits à 55% (Daffaala, 2015).

La perception de la qualité des soins par les populations représenterait une motivation suffisante de s'affilier à un système de mutualisation du risque maladie. L'adhésion serait toutefois davantage influencée par la perception qu'ont les usagers de la qualité de l'offre (Waelkens M.-P., 2004).

Les principaux critères d'évaluation de la qualité de l'offre de soins concernent l'accueil (disponibilité des prestataires de soins, temps d'attente, respect et considération de la part des soignants), la prescription et la disponibilité des médicaments, ainsi que la rapidité des résultats du traitement (Waelkens M.-P., 2004 ; Criel B. & Waelkens M.-P., 2003 ; Fonteneau B., 2003; Criel B., 2002; Atim C., 2000). Certaines études stipulent que les principales critiques émises par les adhérents tiennent à la mauvaise qualité des médicaments prescrits (Criel B., 2002). Nous avons remarqué que les patients adhérents à la Mutuelle incitait à 59% les prestataires de soins à leur prescrire des médicaments vendus en officine du fait de leur efficacité accrue par rapport aux médicaments de l'IB. Certains mutualistes se plaignaient également du fait d'être moins bien traités que les non-membres (Criel B., 2002 ; Criel B., 1998). Selon eux, cette différence de traitement entre mutualistes et non-mutualistes tient à la perte d'avantages pour les agents de santé, résultant de la présence du nouvel acteur qu'est la mutuelle (sans elle, il est plus facile d'imposer aux patients des paiements supplémentaires en espèces ou en nature). Cette observation était contradictoire à la nôtre, étant donné que 99% des adhérents avaient trouvé une amélioration de la qualité des soins qu'ils recevaient depuis leur adhésion à la Mutuelle de Santé. Certaines mutuelles parviendraient ainsi à obtenir des résultats en termes d'amélioration de la qualité de l'offre de soins. En effet, des bénéficiaires constatent parfois qu'un meilleur accueil leur est réservé dans les centres de santé conventionnés depuis leur adhésion à la mutuelle (Atim C., 2000 ; Fonteneau B., 2003).

Par ailleurs, le poids des mutuelles de santé serait encore trop faible pour pouvoir exercer une réelle influence sur les comportements des agents de santé (Criel B., 2002). Les agents de santé, peu habitués à dialoguer avec les populations, ne seraient pas suffisamment préparés à établir ce type de relation avec les usagers (Waelkens M.-P., 2004). Par ailleurs, une certaine résistance des prestataires de soins est parfois constatée lors de la mise en place de systèmes mutualistes (Waelkens M.-P., 2004; Fonteneau B., 2003; Criel B., 2002).

En outre, une mutuelle de santé peut envisager de mettre en place ses propres services sanitaires afin de garantir une offre de qualité (Atim C., 2000). Waelkens et Criel (2004) soulignaient que la pauvreté des expériences de ce type ne permet pas d'attester qu'une amélioration de la qualité des soins survient souvent grâce à la mise en place d'une mutuelle de santé (Waelkens M.-P., 2004).



Recommandations

> Au District Sanitaire

La densité médicale était largement inférieure aux normes de l'OMS. Il convient de renforcer les effectifs du personnel soignant afin de réduire les temps d'attente et ceci surtout au Poste de Santé de Ngayokhème ou le temps passé en moyenne par les patients pour se soigner dans la structure était largement supérieur à celui du Centre de Santé (56 VS 34 minutes). Cette réduction du temps d'attente améliorera de fait la qualité des soins.

On avait noté que seul 21% du personnel soignant avaient participé à une formation continue durant les 6 premiers mois de l'année 2018 alors qu'il y'avait une relation significative entre la fréquence des formations continues et la communication sur la pathologie des patients et sur la prescription d'examens paracliniques (p < 0,05). Ainsi augmenter la fréquence de ces formations continues améliorerait la communication lors des interactions entre personnel soignant et patient car ces formations continues feront accroître leurs connaissances sur différentes pathologies, les rendant ainsi plus à l'aise de communiquer sur une pathologie qu'il maîtrise. D'autant plus que, plus la communication était importante plus le personnel médical était apprécié par les patients. Le comportement du prestataire, qui dépend grandement de sa perception ou de sa satisfaction de sa vie professionnelle, était très influencé par l'impression des patients sur leur personne.

➤ A l'agence de la Couverture Maladie Universelle

La motivation la plus fréquente à l'adhésion à la Mutuelle de Santé était d'ordre financier aussi bien pour les adhérents que les non-adhérents. Mais on remarquait que 59% des non-adhérents ne voulaient pas souscrire à la Mutuelle de Santé ou ne savaient pas s'ils auraient intérêt à le faire. Et ceci était principalement dû au manque d'information sur les conditions d'adhésion à la Mutuelle et sur les avantages d'y souscrire. De plus, nous avions remarqué que les adhérents de la Mutuelle de Santé ressentaient moins de contraintes financières quand ils devaient se soigner. Il convient ainsi d'améliorer la communication sur les avantages du prépaiement.

➤ Au personnel soignant

Certains aspects de la pratique médicale sont indépendants de leur volonté, ou hors de leur contrôle. Par contre le temps de consultation, la convivialité, la communication ne sont pas nécessairement liés à une quelconque spécificité de la structure. Il conviendra au personnel

médical d'améliorer ces aspects afin d'aller dans le processus de l'amélioration de la qualité des soins.

> Au patient

La prise en charge d'une partie des frais de la Mutuelle de Santé avait un impact important de 49% sur les dépenses des patients. Ainsi adhérer à une Mutuelle de Santé réduirait les dépenses de santé des ménages et leur permettrai d'épargner plus.

Conclusion générale

La présente étude montre que l'adhésion aux Mutuelles de santé en milieu rural a un effet positif sur la qualité des soins en termes d'accessibilité financière, d'appréciation des soins reçus, de parcours du patient.

Il y avait une modification du comportement du personnel soignant concernant certains aspects de la consultation selon que le patient soit adhérent ou non à une Mutuelle de Santé. Ceci était dû au fait que 79% du personnel soignant qui consultaient les patients se renseignaient sur le statut d'adhésion du patient avant de débuter la consultation ou en cours de consultation et parmi eux 36% disaient prescrire plus de médicaments d'officine aux adhérents car, soit parce que la Mutuelle prendrait en charge une partie des frais, soit ils dépenseront moins que les autres, ou que les adhérents préfèrent les médicaments vendus en officine.

De même on constatait que le statut d'adhésion motivait le personnel soignant à prescrire plus de médicaments vendus en officine et à plus référer les patients chez le spécialiste (p < 0.05). Cette observation était corroborée par les patients adhérents qui utilisaient plus de médicaments vendus en officine et avaient plus accès aux spécialistes (p < 0.05). Ainsi l'adhésion à la Mutuelle de Santé améliorait l'accès aux médicaments d'officine et aux spécialistes. Ainsi on peut en conclure que l'adhésion à la Mutuelle de Santé avait un impact sur le parcours du patient et modifiait le comportement des prestataires de soins.

Parmi les adhérents, 99% ont vu la qualité de leurs soins s'améliorer, et ceci était dû à la prise en charge en partie des frais par la Mutuelle de Santé, ce qui avait réduit le poids des dépenses de santé des ménages sur leur revenu.

En revanche pour les non-adhérents, 73% pensaient qu'il n'y avait aucune différence dans la prise en charge ou ne savait pas s'il y'avait une différence. Et 27% trouvaient que les adhérents étaient mieux pris en charge.

La satisfaction générale des patients était largement influencée par leur perception de la commodité et de l'accessibilité des lieux, de leur perception de la qualité technique du personnel, par le comportement interpersonnel, la communication avec leur interlocuteur à savoir le personnel les consultant, et par le temps de la consultation (p < 0,05).

Perspectives

Par un suivi rigoureux, il serait intéressant de mesurer l'impact des Mutuelles de Santé sur la santé, en termes de temps de guérison en éliminant tous les facteurs extrinsèques qui pourraient influençait ce temps, mais aussi en termes de réduction du taux de mortalité et de morbidité sur cette population d'adhérents, du poids des dépenses de santé sur les ménages afin de mesurer le niveau des dépenses catastrophiques et l'impact des Mutuelles sur ces dépenses.

Par ailleurs, par rapport aux infirmiers, les médecins prescrivaient des médicaments plus chers aux patients, et ceci indépendamment du statut d'adhésion des patients. Mais cette pratique serait-elle plus efficace sur la santé en termes de temps de guérison, d'effets iatrogènes, de survenue de complication par rapport à la prescription moins chère des infirmiers?

Bibliographie

OUVRAGES

ACMU Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal [Livre]. - 2004.

Amalberti R. Sécurité des patients : mieux connaître et réduire les risques, Haute Autorité de santé; adap. 79; juin. [Livre]. - 2012.

Bart Criel Pierre Blaise, Daniel Ferette Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique [Livre]. - 2014.

Bayege Innocent Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Université Nationale Rwanda/ Ecole de Santé Publique - Maitrise en Santé Publique (MPH) [Livre]. - 2005.

Chocron Véronique Mutuelles : les limites de la gouvernance démocratique, Le Monde [Livre]. - 2018.

Deville et al M. Poncelet, F. Fecher-Bourgeois Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal ; 1Universit'e de Liège – Belgique [Livre]. - 2018.

Donabedian Avedis « The quality of care. How can it be assessed? ». JAMA, 260, p. 1743-48. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033 [Livre]. - 1988.

Donabedian Avedis Explorations dans l'évaluation et la surveillance de la qualité Vol. 1. La définition de la qualité et les approches de son évaluation. Ann Arbor, MI: Presse sur l'administration de la santé [Livre]. - 1980.

Donabedian Avedis Une introduction à l'assurance qualité dans les soins de santé. (1ère édition, volume 1). New York, NY: Oxford University Press. [Livre]. - 2003.

Dubois F. Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré, Mémoire, Université de Liège. [Livre]. - 2002.

Galland B. Méthodologie d'étude d'impact des mutuelles de santé, Centre International de Recherche et de Développement [Livre]. - 2004.

Grant N. Marshall and Ron D. Hays The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18) [Livre]. - 1994.

Hugon Economie du développement [Livre]. - 1989.

Irving et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries [Livre]. - 2017.

Kamdoum Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun [Livre]. - 1994.

Kollo Basile Conférence Régionale sur la crise des Ressources Humaines en santé en Afrique subsaharienne: La nécessité d'une gestion optimale des Ressources Humaines [Livre]. -2007.

Leprohon J. Vers une culture d'amélioration continue : l'univers de l'évaluation de la qualité. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Direction de la qualité de l'exercice, 16 p [Livre]. - 2000.

Musango Organisation et mise en place des mutuelles de santé ; Défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda. Bruxelles, février [Livre]. - 2005.

Ndiave Pascal Inventaire et conditions de développement des mutuelles [Livre]. - 2004.

OMS Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) : Un outil d'évaluation des services de santé [Livre]. - 2015.

OMS Personnels de santé : Pour réaliser les OMD liés à la santé, le personnel est essentiel [Livre]. - 2009.

Ware et al. Jr., Mary K. Snyder, W. Russel Wright and Allyson R. Davies Defining and measuring patient satisfaction with medical care [Livre]. - 1976. PCA

RAPPORTS ET REVUES

ACMU Couverture Maladie Universelle au Sénégal : Etat de mise en oeuvre et perspectives, Symposium sur la Protection Sociale en Afrique, Abidjan [Rapport]. - 2015.

Aldana Helga Piechulek et Ahmed Al-Sabir Bulletin of the World Health Organization : Satisfaction des patients et qualite' des soins dans des zones rurales du Bangladesh [Revue]. -2001.

ANSD Rapport sur la pauvreté au Sénégal [Rapport]. - Dakar : [s.n.], 2014.

ANSD Recensement général de la populatin et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage [Rapport]. - 2013.

Atim C. Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre, STEP, Bureau international du travail, [Revue]. - 2000.

Banque Mondiale Rapport Banque Mondiale [Rapport]. - Washington: [s.n.], 2000.

Basaza R. et al. Criel B., Van Der Stuyft P. (2008) Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath, Health Policy, 172-184. [Revue]. - 2008. - 2: Vol. 87.

Brien SE Ghali WA Public reporting of the hospital standardized mortality ratio (HSMR): implications for the Canadian approach to safety and quality in health care. PubMed Central [Revue]. - 2008.

Criel B. & Waelkens M.-P. (2003) Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is wrong?, Social Science Medicine, 1205-1219. [Revue]. - 2003. - 7: Vol. 57.

Criel B. Barry A., Von Roenne F. Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale, Medicus Mundi Belgique [Revue]. - Bruxelle : [s.n.], 2002.

Criel B. District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II: Case-studies, Studies in Health Services Organisation & Policy, [Revue]. - Anvers: [s.n.], 1998.

De Allegri Bocar KouyatéII [et al.] Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso [Revue]. - [s.l.]: Bulletin World Health Organisation, 2006b. - 11: Vol. 84.

De Allegri M. et al Sanon M., Saueborn R. To enrol or not enrol? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, Social Science Medicine, 1520-1527. [Revue]. - 2006a. - 6 : Vol. 62.

Defourny J. Failon Julie Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques [Revue]. - [s.l.] : De Boeck Supérieur, 2011. - 2011/1 (n°153).

Griffiths NHS Management Inquiry. Report. London: DHSS, (Griffiths report.) [Revue]. - 1983.

Hanefeld J. et al. Timothy Powell-Jackson & Dina Balabanova, OMS, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, De la politique à l'action, Appréhender et évaluer la qualité des soins: composer avec la complexité, [Rapport]. - 2017.

Hjortsberg C.A. Mwikisa C.N. Cost of access to health care in Zambia, Health policy and planning 17(1):71-77. Oxford University Press [Rapport]. - 2002.

J. R. Coll Board of Censors, Royal College of General Practitioners. What sort of doctor? [Revue]. - 1981.

James et al. Charlotte L., Wayne S. PHR, La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système: manuel des indicateurs. Rapport No.1; USA, [Rapport]. - 1997.

Jorge Mendoza Aldana Helga Piechulek, Ahmed Al-Sabir3 Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante : Satisfaction des patients et qualite' des soins dans des zones rurales du Bangladesh [Revue]. - 2001.

Jütting Health insurance for the poor in developing countries, Ashgate Publishing, Aldershot. [Revue]. - 2005.

Likert A Technique for the Measurement of Attitudes, Archives of Psychology, p. 1–55 [Revue]. - 1932. - Vol. 140.

Makary M. Daniel Michael Medical error-the third leading cause of death in the US, Johns Hopkins University School of Medecine de Baltimore [Revue]. - [s.l.]: BMJ (Online), 2016. - i2139: Vol. 353.

Maryam M. Asgari MD, MPH [et al.] Predictors of Patient Satisfaction With Mohs Surgery, Analysis of Preoperative, Intraoperative, and Postoperative Factors in a Prospective Cohort [Rapport]. - 2011.

Maxwell R. J. Perspectives in NHS management : Quality assessment in Health [Revue]. - 1984.

Moore Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. [Revue]. - 2015.

MSAS (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale) Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal : 2013 - 2017, [Revue]. - 2013.

MSAS DHIS Niakhar [Rapport]. - 2018.

Musango L. et al. Martiny P., Porignon D., Dujardin B. Le profil des membres et des non-membres des mutuelles de santé du Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare [Revue]. - [s.l.] : Cahier de santé, 2004. - 2 : Vol. 14.

Nations Unies Objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD) [Rapport]. - 2015.

OIT Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: Protection sociale universelle pour atteindre les Objectifs de développement durable [Rapport]. - 2017.

OMS Banque Mondial Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Rapport]. - 2017.

OMS Couverture sanitaire universelle, http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc) [Rapport]. - 2017.

OMS Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant [Rapport]. - 2000.

OMS Rapport sur la santé dans le monde, La recherche pour la couverture sanitaire universelle [Rapport]. - 2013.

OMS Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais. Genève : OMS. [Rapport]. - 2008.

OMS Système de financement de la santé : comment réduire les dépenses catastrophiques, Financement de la Santé Politique de financement de la Santé [Rapport]. - 2005.

OMS/Banque mondiale Tracking Universal Health Coverage [Rapport]. - 2017.

OOAS Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) : Plan stratégique de développement 2009-2013 [Rapport]. - 2008.

République du Sénégal Comptes nationaux de la santé du Sénégal de 2006-2008 [Rapport]. - 2013.

Schneider P. Trust in micro-health insurance : an exploratory study in Rwanda, Social Science & Medicine, 1430-1438. [Revue]. - 2005. - Vol. 61.

Silber Denise Institut Montaigne, Mesurer la qualité des soins [Rapport]. - 2009.

Waelkens M.-P. Criel B. Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, HNP Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC. [Revue]. - 2004.

Yoko A. Margaret E Kruk OMS, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé De la politique à l'action : Qualité des soins: mesure d'un facteur négligé d'amélioration de la santé [Rapport]. - 2017.

WEBOGRAPHIE

ACMU http://agencecmu.sn/content/la-cmu-à-travers-les-mutuelles-de-santé [En ligne]. - 2016.

ACMU http://www.agencecmu.sn/content/le-taux-de-couverture-de-la-cmu-atteint-50 [En ligne] // http://www.agencecmu.sn. - 2018.

Banque Mondiale http://www.journaldunet.com/business/salaire/senegal/pays-sen [En ligne] // http://www.journaldunet.com. - 2016. - 01 01 2019. - http://www.journaldunet.com/business/salaire/senegal/pays-sen.

Giorgio Marie-Thérèse https://www.atousante.com/actualites/erreur-medicale-patients-medecins/ [En ligne]. - 2018.

https://fr.wikipedia.org/wiki/Niakhar Niakhar. - 2014.

Mutuelles de Santé Communautaire du Sénégal [En ligne] // http://www.unamusc.sn. - 2015. - http://www.unamusc.sn/index.php/les-mutuelles-de-sante-communautaires/.

www.santepublique.eu http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/ [En ligne].

THESES ET MEMOIRES

Daffaala Mohamed Ihab adbalrahman, Zulfa Omer, Sahar Mohammed, Khalid ahmed, Yasamin Abdu, Mohamed Mahadi, Moayad Othman, Tarig Mabrouk, Sara Elnour, Amgad Elmadani Patient satisfaction determinants in public and private outpatient clinics in a developping country. - 2015.

Fatemeh Ghaffari Sardasht, Nahid Jahani Shourab, Habibollah Esmaily Application of Donabedian Quality-of-Care Framework to Assess the Outcomes of Preconception Care in Urban Health Centers, Mashhad, Iran in 2012. - 2012.

Fonteneau B. (2003) Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven. - 2003.

Veyre Aurélia-Virginie-Cécile les motifs de recours aux urgences pédiatriques : etude prospective menée pendant l'hiver 2006 au chu du kremlin-bicêtre. - 2009.

Ymele Nana Cédric évaluation du recours aux soins des adhérents a l'assurance maladie obligatoire au chu point G. - 2015.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire adhérents à la Mutuelle de Santé

Ces prochaines questions portent sur ce que vous pensez des soins médicaux que vous recevez.

Dans les pages suivantes, il y a certaines affirmations ou questions que les gens portent au sujet des soins médicaux. Ces affirmations vous seront rapportées par l'enquêteur. Elles seront en rapport avec les soins médicaux que vous recevez actuellement ou avez reçu. Nous nous intéressons à vos sentiments, bons et mauvais, au sujet des soins médicaux que vous avez reçus.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou pas avec chacune des affirmations suivantes ?

Informations générales

1. Vous êtes un(e):	7		
Femme □	Homme □		
2. Vous êtes âgé(e) d	de:		
0 à 5 ans \Box	5 à 14 ans	15 à 24 ans □	25 à 34 ans □
35 à 44 ans □	45 à 54 ans □	55 ans et plus \Box	
3. Vous êtes :		`O _{>}	
Célibataire	Marié (e)	Divorcé (e)	
Veuf (ve)			
4. Si vous êtes marié	é(e), sous quel régime	l'êtes-vous ?	
Monogamie	Polygamie		
5. Avez-vous une m	aladie chronique?		
Oui 🗆	Non		
6. Si oui, laquelle/le	squelles?		
HTA Diabète	e 🗆 Drépanocytose	□ Dyslipidémie □	Autres
7. Si autres, lequel?			
8. Depuis quand êtes	s-vous malade? (en jo	ur)	
Informations sur	votre passage dai	ns l'établissement	
		Reformulation à la p	personne enquêtée

- 9. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin m'explique très clairement pourquoi je dois faire des tests médicaux
- 10. Je pense que la structure dispose du matériel nécessaire pour fournir des soins médicaux complets
- Je crois que les soins médicaux que j'ai reçus sont adéquates
- **12.** Je ne doute jamais de la fiabilité du diagnostic
- 13. Je peux obtenir les soins médicaux dont j'ai besoin sans contrainte financière
- 14. Quand je viens me soigner, ils prennent soin de tout vérifier en m'examinant très bien
- **15.** Je dois payer plus de mes soins médicaux que je ne peux me permettre financièrement
- 16. J'ai un accès facile aux spécialistes médicaux dont j'ai besoin
- 17. Pour me soigner, je dois attendre très longtemps avant de pouvoir accéder à la salle de consultation
- **18.** L'infirmier(e)/sage-femme/médecin agit de manière professionnelle envers moi.
- **19.** Le personnel soignant me traite d'une manière très amicale et courtoise
- **20.** L'infirmier(e)/sage-femme/médecin ne se presse pas parfois quand il/elle me traite
- 21. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin m'écoute quand je parle
- 22. Je n'ai pas de doutes sur la capacité de l'infirmier(e)/sage-femme/médecin à me traiter
- 23. Je suis satisfait des soins médicaux que je reçois

Quand des analyses médicales ou radiographies vous sont prescrites, est-ce-que l'infirmier(e)/sage-femme/médecin vous explique pourquoi vous devez les faire ?

Croyez-vous que le Poste de Santé ait les équipements nécessaires pour vous traiter sans que vous n'ayez souvent besoin de partir ailleurs ?

A quel point diriez-vous que vous avez reçu des soins médicaux adaptés à votre maladie ?

Croyez-vous vraiment que l'infirmier(e)/sage-femme a pu trouver ce qui vous arrive (votre maladie) ?

Arrivez-vous à vous soigner sans que vous n'ayez des problèmes d'argent plus tard ?

Quand vous venez dans l'établissement vous soignez, est-ce que vous trouvez qu'ils vous ont bien examiné ?

Avez-vous des difficultés financières quand vous devez payer la consultation et les médicaments ?

Pouvez-vous consulter un spécialiste dès que vous en avez besoin ?

L'infirmier(e)/sage-fèmme/médecin vous manque-t-il(elle) de respect quelque fois ?

Est-ce que le personnel vous traite de manière respectueuse ?

Est-ce qu'il prend tout le temps nécessaire pour me consulter correctement?

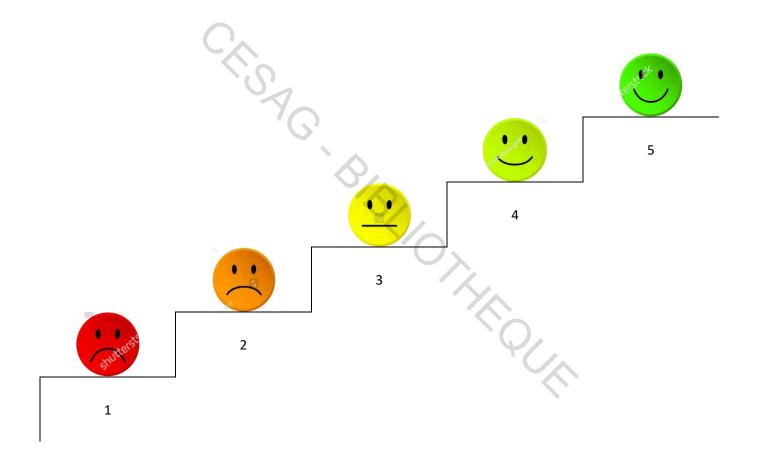
Pensez-vous qu'il vous écoute quand vous leur parler de votre maladie ?

Trouvez-vous l'infirmier(e)/sage-femme/médecin bien qualifié(e) pour prendre en charge correctement votre santé ?

24. J'arrive à me soigner chaque fois que j'en ai	Est-ce que vous arrivez à vous soigner chaque fois que vous
besoin	êtes malade ?
25. Tous les médicaments dont j'ai besoin sont disponibles dans l'établissement	
26. Les locaux sont adaptés et bien entretenus	
27. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin m'informe toujours de ma pathologie	L'infirmier(e)/sage-femme/médecin vous dit-il/elle de quelle maladie vous souffrez ?
28. Je préfère les médicaments de l'officine	
 29. Je dis à l'infirmier(e)/sage-femme/médecin de me prescrire les médicaments de l'officine 30. Je crois que les médicaments d'officine sont plus efficaces que les médicaments de l'IB 31. J'arrive à faire sans difficultés des analyses et radiographies à chaque fois que j'en ai besoin 	Croyez-vous que les médicaments d'officine soient plus efficaces que les médicaments vendus dans l'établissement ?
32. Combien de temps avez-vous attendu aujo	ourd'hui pour être consulté ? minutes
33. La consultation a duré environ :	
34. Quelles raisons vous ont motivé lors de vo	
Dépenser moins d'argent lors de mes cons	
Pouvoir acheter les médicaments d'officin	\ (\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
Me soigner quand je le voudrais	
Faire des examens médicaux quand je le d	-
35. Si autre(s) motivation(s), laquelle/lesquell	
	otre prise en charge en termes de qualité depuis
votre adhésion ?	
Oui 🗆 Non 🛭	□ Ne sais pas □
37. Nombre de médicaments :	
38. Nom des médicaments :	
39. Prix des médicaments :	
40. Dépense pour cet épisode de la maladie (ti	

Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar (Fatick, Sénégal)

Analyse de l'effet des Mutuelles de Sante sur la qua	négal)	rural : le cas de Niakhar (Fatick
41. Vous avez été consulté par : Médecin □	Infirmier(e) □	Sage-femme □



Annexe 2 : Questionnaire non-adhérents à la Mutuelle de Santé

Ces prochaines questions portent sur ce que vous pensez des soins médicaux que vous recevez.

Dans les pages suivantes, il y a certaines affirmations ou questions que les gens portent au sujet des soins médicaux. Ces affirmations vous seront rapportées par l'enquêteur. Elles seront en rapport avec les soins médicaux que vous recevez actuellement ou avez reçu. Nous nous intéressons à vos sentiments, bons et mauvais, au sujet des soins médicaux que vous avez reçus.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou pas avec chacune des affirmations suivantes ?

Informations générales

1. Vous êtes	un(e):	70				
Femme		Homme				
2. Vous êtes	âgé(e) de :	`6				
5 à 14 ans		15 à 24 ans		25 à 34	ans	
35 à 44 ans		45 à 54 ans		55 ans e	t plus	
3. Vous êtes	:		`(\mathcal{O}_{λ}		
Célibataire		Marié (e)		Divorcé (e)		
Veuf (ve)						
4. Si vous ête	es marié(e), sou	us quel régime	l'êtes-vous	?		
Monogamie		Polygamie				
5. Avez-vous	s une maladie o	chronique?				
Oui 🗆		Non				
6. Si oui, laq	uelle/lesquelle	s ?				
НТА 🗆	Diabète	Drépanocytose		/slipidémie	Autres	
7. Si autres, l	lequel?					
8. Denuis au	and êtes-vous	malade? (en io	ur)			

Informations sur votre passage dans l'établissement

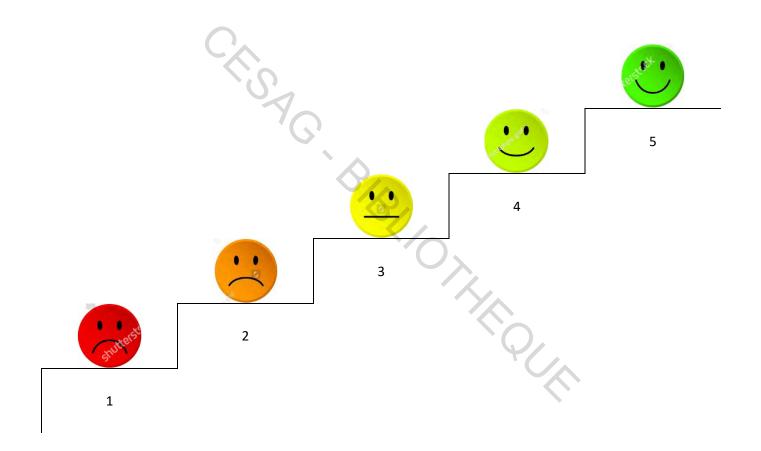
	Reformulation à la personne enquêtée
9. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin	Quand des analyses médicales ou radiographies vous sont
m'explique très clairement pourquoi je dois	prescrites, est-ce-que l'infirmier(e)/sage-femme/médecin
faire des tests médicaux	vous explique pourquoi vous devez les faire ?
10. Je pense que la structure dispose du	Croyez-vous que le Poste de Santé ait les équipements
matériel nécessaire pour fournir des soins	nécessaires pour vous traiter sans que vous n'ayez souvent
médicaux complets	besoin de partir ailleurs ?
11. Je crois que les soins médicaux que j'ai	A quel point diriez-vous que vous avez reçu des soins
reçus sont adéquates	médicaux adaptés à votre maladie ?
12. Je ne doute jamais de la fiabilité du	Croyez-vous vraiment que l'infirmier(e)/sage-
diagnostic	femme/médecin a pu trouver ce qui vous arrive (votre maladie) ?
13. Je peux obtenir les soins médicaux dont j'ai	Arrivez-vous à vous soigner sans que vous n'ayez des
besoin sans contrainte financière	problèmes d'argent plus tard ?
14. Quand je viens me soigner, ils prennent	
soin de tout vérifier en m'examinant très	Quand vous venez dans l'établissement vous soignez, est-ce
bien	que vous trouvez qu'ils vous ont bien examiné ?
15. Je dois payer plus de mes soins médicaux	Avez-vous des difficultés financières quand vous devez
que je ne peux me permettre financièrement	payer la consultation et les médicaments ?
16. J'ai un accès facile aux spécialistes	Pouvez-vous consulter un spécialiste dès que vous en avez
médicaux dont j'ai besoin	besoin?
17. Pour me soigner, je dois attendre très	besoin ?
longtemps avant de pouvoir accéder à la	
salle de consultation	
18. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin agit de	L'infirmier(e)/sage-femme/médecin vous manque-t-il(elle)
manière professionnelle envers moi.	de respect quelque fois ?
19. Le personnel soignant me traite d'une	
manière très amicale et courtoise	Est-ce que le personnel vous traite de manière respectueuse ?
20. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin ne se	Est-ce qu'il prend tout le temps nécessaire pour me consulter
presse pas parfois quand il/elle me traite	correctement ?
21. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin	Pensez-vous qu'il vous écoute quand vous leur parler de
m'écoute quand je parle	votre maladie ?

22. Je n'ai pas de doutes sur la capacité de l'infirmier(e)/sage-femme/médecin à me traiter	Trouvez-vous l'infirmier(e)/sage-femme/médecin bien qualifié(e) pour prendre en charge correctement votre santé ?
23. Je suis satisfait des soins médicaux que je	
reçois	
24. J'arrive à me soigner chaque fois que j'en ai	Est-ce que vous arrivez à vous soigner chaque fois que vous
besoin	êtes malade ?
25. Tous les médicaments dont j'ai besoin sont	
disponibles dans l'établissement	
disponibles dans i établissement	
26. Les locaux sont adaptés et bien entretenus	
27. L'infirmier(e)/sage-femme/médecin	L'infirmier(e)/sage-femme/médecin vous dit-il/elle de quelle
m'informe toujours de ma pathologie	maladie vous souffrez ?
,0,	
28. Je préfère les médicaments de l'officine	
29. Je dis à l'infirmier(e)/sage-femme/médecin	
de me prescrire les médicaments de	,
l'officine	
30. Je crois que les médicaments d'officine sont	Croyez-vous que les médicaments d'officine soient plus
plus efficaces que les médicaments de l'IB	efficaces que les médicaments vendus dans l'établissement ?
31. J'arrive à faire sans difficultés des analyses	
·	
et radiographies à chaque fois que j'en ai	
besoin	
	Y/,
32. Combien de temps avez-vous attendu aujo	ourd'hui pour être consulté ?minutes
33. La consultation a duré environ :	minutes
34. Pensez-vous que ceux qui adhèrent à une	Mutuelle sont mieux pris en charge?
Oui 🗆 Non 🗆	
35. Voudriez-vous adhérer à une Mutuelle de	Santé ?
Oui	
36. Si oui, pourquoi ?	
37. Si non, pourquoi ?	
38. Nombre de médicaments :	
39. Nom des médicaments :	

Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar (Fatick, Sénégal)

Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar (Fatick, Sénégal)

40. Prix des médicaments :	F CFA	
41. Dépense pour cet épisode de la maladie :	F (CFA
42. Vous avez été consulté par : Médecin □	Infirmier(e) \Box	Sage-femme



Annexe 3: Questionnaire Personnel soignant

Informations générales

1. Vous êtes un(e) : Femme □	Homme □				
2. Vous êtes âgé(e) de : Moins de 25 ans □ 45 à 54 ans □	25 à 34 ans 55 ans et plus		35 à 44 ans		
3. Vous êtes : Célibataire □ Veuf (ve) □	Marié (e)		Divorcé (e)		
4. Vous êtes : Infirmier(e) □ Aide-soignant(e) □ Informations sur votre	Sage-femme activité		Assistant infirmi	ier 🗆	
 5. Vous travaillez dans la st de service dans l'établiss 6. Votre nombre d'année d' 7. S'agit-il de votre 1^{er} post Oui □ 	ructure depuis ement) expérience pro	ofessionnelle es		éciser la	date de prise
8. Si non, vous avez fait con 9. Vous êtes : Contractuel(le) □		?onnaire de l'Eta	at 🗆		Autres □
10. Vous arrive-t-il de travail Oui □	ller en dehors o Non	des heures d'ou □	verture?		
11. Etes-vous supervisé par ? Le niveau central □	P (Plusieurs rép Le niveau dist		s)		
12. Les ordinogrammes et no réponses possibles)	ouvelles directi	ves sont-elles d	lisponibles, con	ncernant	: (plusieurs
La santé de la mère et de l'er Le VIH		Le palu erculose 🗆	udisme 🗆		Les hépatites
13. Vous renseignez vous sys Santé avant de commenc Oui ☐ Non	-		on du patient à	une Mut	tuelle de
14. Si oui, comment ? Je regarde le ticket du patien	t 🗆	Je lui demand	e directement		
Il me le dit spontanément		Autres			

Analyse de l'effet des Mutuelles de Santé sur la qualité des soins en milieu rural : le cas de Niakhar (Fatick, Sénégal)

15. Précisez autres :			
16. Avez-vous suivi une	e (des) formations continu	ues dans les premiers 6 mois	de 2018 ?
Oui N	on \square		
dans les 6 premiers		s) au niveau du district ou au	ı niveau central
19. Si oui, combien :20. Lors des formationsAdjoint infirmier	, comment assurez-vous ASC	la continuité du service ? Poste fermé □	Autre □
	es non-mutualistes partag	e la même file d'attente :	
23. A combien estimez-24. Prescrivez-vous pluOui □25. Si oui, quelles en so	vous le temps d'attente ? vous la durée moyenne d s de médicaments d'offic Non Int les raisons ? (Plusieurs charge une partie des frai	ine aux mutualistes ? s réponses possibles)	minutes
Ils sont plus exigeants		Ils dépenseront moins que l	es autres
Ils préfèrent les médica	ments de l'officine	Autres	
26. Précisez autre :27. Quelles sont les troi décroissant) : 123	s pathologies que vous re	ecevez le plus fréquemment ((par ordre
28. Vous arrive-t-il de d Oui □	lonner des rendez-vous ? Non		
29. Si oui, dans quel cas 1	D /1 :		
2			
3	Délai :		

Processus et résultats

Vos conditions de travail/formation continue	Ence	rcler le nu	méro corre réponse	espondant à	votre
Etes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
30. Les locaux sont adaptés (ancienneté du bâtiment)	1	2	3	4	5
31. Le matériel à ma disposition n'est pas adapté	1	2	3	4	5
32. Les effectifs dans les services sont suffisants	1	2	3	4	5
33. Mon travail exige d'aller très vite	1	2	3	4	5
34. Mes horaires sont compatibles avec ma vie privée	1	2	3	4	5
35. En général, il y a une bonne harmonie entre ma vie privée et mon activité professionnelle	1	2	3	4	5
36. J'ai régulièrement accès à des formations continues	1	2	3	4	5
37. J'obtiens facilement une formation que je juge utile	1	2	3	4	5
38. Dans l'ensemble le niveau général de compétence du personnel est correct	1	2	3	4	5
39. J'estime que la durée de la consultation est suffisante	1	2	3	4	5
40. Les patients ont confiance en moi, ils me disent tout	1	2	3	4	5
41. Les patients me trouvent conviviale et chaleureux	1	2	3	4	5
42. J'informe toujours mes patients de leur pathologie	1	2	3	4	5
43. J'informe toujours mes patients des raisons des tests médicaux	1	2	3	4	5
44. Je prends en compte les choix de mes patients dans la prescription des médicaments	1	2	3	4	5
45. Je prescris plus de médicaments d'officine à des adhérents d'une mutuelle	1	2	3	4	5
46. J'envoie, chez le spécialiste, plus d'adhérents aux mutuelles	1	2	3	4	5
47. Je prescris plus d'examens paracliniques aux adhérents de la mutuelle					

Utilité sociale - Reconnaissance

		Encercler le numéro correspondant à votre réponse				
Etes-vous satisfait ?	Très insatisfai	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	
48. De votre salaire par rapport à l'importance de votre travail	1	2	3	4	5	
49. De votre salaire par rapport à vos besoins propres (charges liées à votre vie)	1	2	3	4	5	
50. De la manière dont le patient reconnait votre travail	1	2	3	4	5	
51. De votre vie professionnelle en général	1	2	3	4	5	

Annexe 4 : Questionnaire du responsable de l'établissement : ICP/Médecinchef

2.	Depuis quand l'établissement existe-t-il ? Quel est l'effectif du personnel médical de l'établissement : Étrmier : Sage-femme : Assistant infirmier : Aide-soignant :
3.	Les heures d'ouverture et de fermeture de l'établissement sont :
He	eure d'ouverture : Heure de fermeture :
4.	Combien de patients recevez-vous en moyenne par semaine ?
5.	Combien de patients adhérents à une mutuelle de santé recevez-vous en moyenne par semaine ?
6.	Combien de salle de consultation sont disponibles dans l'établissement ?
7.	Quel est le nombre de village desservis par ce Poste de Santé ?
8.	Quel est la taille de la population dont votre établissement est responsable :
9.	Ces médicaments sont-ils disponibles dans l'établissement ?
Ins	structions :

- Si le médicament est en rupture, cochez la case « Rupture » et renseigner la date depuis

- Si le médicament est disponible, cochez la case Disponible

laquelle le médicament est en rupture dans la case « Depuis quand ? », et indiquer la raison dans la case « Pourquoi ? »

Désignation	Disponible	Rupture Depuis quand?	Pourquoi ?
	Antalgiques et	antiinflammatoire	•
Paracétamol		W/,	
Ibuprofène			
	Antil	biotiques	1
Amoxicilline			
Sulfaméthoxazole +			
Triméthoprime			
Gentamycine			
Erythromycine			
Doxycycline			
Ceftriaxone			
Métronidazole			
Ciprofloxacine			
Amoxicilline-Acide			
clavulanique			
	Antihy	pertenseur	
Amlodipine			

Nicardipine				
Captopril				
	Tube	erculose		
Ethambutol				
Streptomycine				
Rifampicine				
Isoniazide				
Pyrazinamide				
	Palı	ıdisme		
Artéméther/Luméfantrine				
Sulfadoxine +				
Pyriméthamine				
Quinine				
	Par	asitose		
Mebendazole				
Ivermectine				
	7	/IH		
Lamivudine				
Stavudine				
Efavirenz				
Névirapine	9//			
Ténofovir				
	A	utres		
Sels de réhydratation		O_{λ}		
orale+zinc				
Acide acétylsalicylique				
10. Existe-t-il des paquets de s Dui □ ↑	soins dédiés uniq Non 🗆	uement aux mut	ualistes ?	
2. Quelles sont les trois patho décroissant) : Chez l'adulte : 1		_		_
Chez l'enfant : 1	2	3		_
3. Combien de décès avez-vo	onnées à recueill	ir dans le SSDS)	
4. Quel est le nombre de lit d5. Quel est le nombre de lit d	'hospitalisation e	en maternité :		

Table des matières

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS	VII
Liste des sigles et abréviations	X
Liste des tableaux	XI
Liste des figures	XII
Liste des annexes	XIV
Sommaire Erreur! Signet	non défini.
INTRODUCTION GENERALE	1
1.1 Contexte	2
1.1.1 Les Mutuelles de Santé	3
1.1.2 Qualité des soins	5
1.2 Problématique	
1.3 Questions de recherche	
1.3.1 Question principale	
1.3.2 Questions spécifiques	8
1.4 Objectifs de recherche	8
1.4.1 Objectif général	8
1.4.2 Objectifs spécifiques	8
1.5 Introduction à la méthodologie	9
1.6 Justification et intérêt du sujet	9
1.7 Hypothèses	10
1.8 Plan du mémoire	10
PREMIERE PARTIE	11
1. Chapitre 1 : Cadre théorique	12
1.1 Revue de la littérature	13
1.2 Méthodologie	16

1.2.1 Cadre d'étude	16
1.2.2 Type d'étude	17
1.2.2.1 Prestataire de soins	17
1.2.2.2 Patients	17
1.2.3 Echantillonnage	17
1.2.3.1 Prestataires de soins	17
1.2.3.2 Patients	18
1.2.3.3 Critères d'inclusion	18
1.2.4 Variables d'étude	18
1.2.4.1 Cadre opérationnel	19
1.2.4.1.1 Les prestataires de soins	19
1.2.4.1.2 Les structures	20
1.2.4.1.3 Les processus	
1.2.4.1.4 Les résultats	
1.2.4.2 Les patients	21
1.2.4.2.1 Les structures	21
1.2.4.2.2 Les processus 1.2.4.2.3 Les résultats	21
1.2.4.2.3 Les résultats	22
1.2.5 Collecte et analyse des données	23
DEUXIEME PARTIE	
2. Chapitre 2 : Cadre pratique	25
2.1 Déroulement de l'étude	26
2.2 Les Mutuelles de Santé	26
3. Chapitre 3 : Présentation des résultats	27
3.1 Structure des établissements de Santé	28
3.1.1 Indicateurs de disponibilité des services	28
3.1.2 Infrastructures sanitaires	28

	3.1.2	.1 Etablissement sanitaire	28
	3.1.2	.2 Lits d'hospitalisation	29
	3.1.2	.3 Lits de maternité	29
	3.1.3	Densité du personnel de santé	29
	3.1.4	Disponibilité des médicaments	30
	3.1.5	Affluence hebdomadaire des patients	34
	3.1.6	Symptômes les plus fréquents	34
3.	.2 Le	s prestataires de soins	34
	3.2.1	Effectif du personnel soignant par genre	35
	3.2.2	Effectif du personnel soignant par tranche d'âge	35
	3.2.3	Effectif du personnel soignant par situation matrimoniale	36
	3.2.4	Effectif du personnel soignant par fonction	36
	3.2.5	Expérience professionnelle du personnel soignant	37
	3.2.6	Contractant du personnel soignant	37
	3.2.7	Supervision du personnel soignant	38
	3.2.8	Disponibilité des ordinogrammes.	38
	3.2.9	Formations continues	39
	3.2.10	Connaissance de l'affiliation à une Mutuelle de Santé du patient	39
	3.2.11	Prescription de médicaments	40
	3.2.12	Temps d'attente et de consultation	40
	3.2.13	Résultat selon le modèle de Donabedian chez les prestataires de soins	41
	3.2.1	3.1 Moyenne des items	41
	3.2.1	3.2 Score globale	44
	3.2.1	3.3 Score par fonction	45
	3.2.1	3.4 Score par établissement de santé	46
3.	.3 Le	s patients	47
	3.3.1	Effectif des patients par genre	47

3.3.2	Effectif par tranche d'âge	48
3.3.3	Effectif par situation matrimoniale	49
3.3.4	Effectif par statut d'adhésion et par établissement de santé	51
3.3.5	Les maladies chroniques	51
3.3.6	Recours aux soins	53
3.3.7	Temps d'attente et durée de la consultation	55
3.3.8	Les consultants	56
3.3.9	Motivation de l'adhésion à une Mutuelle de Santé	57
3.3.10	Perception de la prise en charge des adhérents après leur a	dhésion58
3.3.11	Perception des non-adhérents sur les adhérents	58
3.3.12	Dépenses de Santé	61
3.3.12	2.1 Nombre de médicaments	61
3.3.12	2.2 Dépenses des médicaments	62
3.3.12		-
médio	icaments	
3.3.12	2.4 Dépenses totales	65
3.3.13	Résultat du modèle de Donabedian chez les patients	
3.3.13		
3.3.13	3.2 Score global	69
3.3.13	3.3 Score par structure sanitaire	70
3.3.13	3.4 Score par tranche d'âge	71
3.3.13	3.5 Score par genre	72
3.3.13	3.6 Score par statut d'adhésion	72
3.3.14	Résultats du QSP-18.	75
3.3.14	4.1 Score global	75
3.3.14	4.2 Score par structure sanitaire	76
3.3.14	4.3 Score par atteinte de maladie chronique	78

3.3.14.4 Score par statut d'adhésion	79
3.3.14.5 Score par genre	80
3.4 Résumé comparatif entre prestataires de soin et patients	81
3.5 Discussion	84
Recommandations	89
Conclusion générale	92
Perspectives	94
Bibliographie	95
Annexes	103
Annexe 1 : Questionnaire adhérents à la Mutuelle de Santé	104
Annexe 2 : Questionnaire non-adhérents à la Mutuelle de Santé	109
Annexe 3 : Questionnaire Personnel soignant	114
Annexe 4 : Questionnaire du responsable de l'établissement : ICP/Médecin-chef	118
Table des matières	120
Annexe 4 : Questionnaire du responsable de l'établissement : ICP/Médecin-chef Table des matières	