

110121DSES07 (R)

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



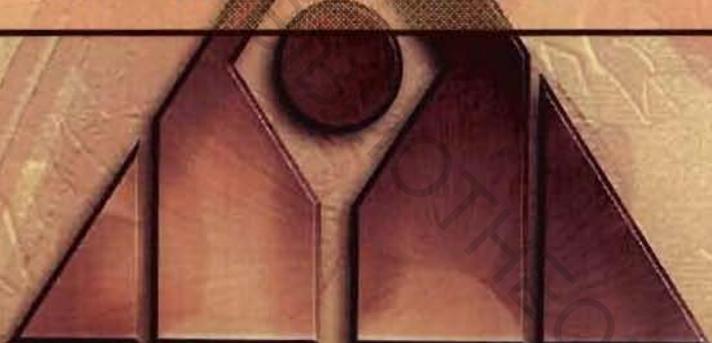
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE

8^{ème} Promotion

THEME

Etude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Cas de la mise en place d'une
mutuelle de santé dans la
communauté rurale de Diakhao



C E S A G

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT
DE LA SANTE

Présenté par

AKPA Kouassi Augustin

M0121DSES07

2



Bibliothèque du CESAG



108337

AVRIL 2007

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE**

8^{ème} Promotion

THEME

Etude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

**Cas de la mise en place d'une
mutuelle de santé dans la
communauté rurale de Diakhao**

C E S A G

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT
DE LA SANTE**

Présenté par

AKRA Kouassi Augustin

Encadré par :

Jean François Faye

ADP Manager World Vision Sénégal

AVRIL 2007

Etude de faisabilité de systèmes de microassurance santé

Cas de la mise en place d'une mutuelle de santé
dans la communauté rurale de Diakhao

AKRA Kouassi Augustin
Master Professionnel 2 Economie de la santé
Akra_augustin@yahoo.fr



World Vision



Dédicaces

A Celui qui était, qui est et qui vient.

A Celui qui a voulu que je passe par cette formation.

A Celui qui m'a dit :

*« Je vais t'instruire et t'indiquer le chemin que tu
devras emprunter.*

Je serai ton conseiller, Mes yeux veilleront sur toi. »

A toi, maman chérie.

Remerciements

Je voudrais d'abord penser à mon Dieu : Tu as été mon encadreur par excellence.

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de :

Monsieur Mo MENA, ex-Directeur de l'Institut, sous le mandat duquel j'ai reçu ma formation ;

Monsieur Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé, pour ses conseils et sa grande disponibilité ;

Mme Gueye, que je considère comme la maman de l'Institut Supérieur de Management de la Santé, pour la patience avec laquelle tu as mené à bien notre formation ;

Tous les enseignants de l'Institut, pour la qualité de leurs enseignements et l'ambiance conviviale des séances de formation ;

Monsieur Toumieux ERIC, Directeur National de World Vision Sénégal et Mr Jean François FAYE, Manager de Diakhao ADP (WVS), pour m'avoir accueilli dans l'Organisation, supervisé et pourvu aux ressources nécessaires à la réalisation du mémoire ;

Mme Mariam MANE, Agent de développement de Diakhao ADP (WVS), pour son remarquable dynamisme et sa disponibilité ;

Monsieur KRA Kouakou Emile, un bon ami, pour sa contribution à ce mémoire ;

Messieurs FA BI Za Roland, FOSSOU Valentin, KRE Kouakou Emile, KOFFI Julien et TELOUROU George, amis dont la convivialité a influé favorablement sur nos études ;

Dr Fanjaniaina RASOELISOLO pour son amitié, ses contributions et importants conseils ;

L'ensemble des stagiaires de la 8^e Promotion de l'Economie de la Santé, en particulier à Mme Fatou TALL (ma tante préférée) et à Mr Ernest MALOLO Jombé, le gouverneur de la promotion ;

Acronymes et abréviations

ADP	Aire de Développement de Projet
ASC	Association Culturelle et Sportive
BIT	Bureau International du Travail
CAMICS	Cellule d'appui aux mutuelles de santé, IPM et comités de santé
CR	Communauté Rurale
EDS	Enquête Démographique et de santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GPF :	Groupement de Promotion féminine
IRA :	Infections Respiratoires aiguës
MEG	Médicaments essentiels génériques
OCB :	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
OVD :	Organisation Villageoise de développement
PAS	Plans d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Pays les Moins Avancés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PS :	Poste de Santé
SSP	Soins de santé primaires
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UOVD :	Union des Organisations Villageoises de Développement
WV	World Vision
WVS	World Vision Sénégal

Listes des tableaux, figures et graphiques

Graphique 1: Recherche de soins pour le dernier cas de maladie	37
Graphique 2: Appréciation de la qualité de l'offre des postes de santé	38
Graphique 3: Répartition par pathologie des cas de maladie reçus au poste de santé de Diakhao	39
Graphique 4: Répartition par mois des cas de maladie reçus.....	40
Graphique 5: Effectif en % des ménages par classe de Consommation annuelles.....	44
Graphique 6: Effectif en % des ménages par classe de revenus annuels	44
Graphique 7: Répartition des sources majeures de revenus selon le type de profession	44
Graphique 8: Période "vaches grasses".....	45
Graphique 9: Période "vaches maigres".....	45
Graphique 10: Moyens de financement des dépenses de santé	46
Graphique 11: Niveau de la disposition à payer	48
Graphique 12: Dépenses par traitement prescrit par le poste de santé.....	53
Encadré 1: Caractéristiques communes aux systèmes de micro-assurance.....	13
Encadré 2: Institutions de micro-assurance, mutuelles, ou ... ?	14
Figure 1: Principes de base d'une mutuelle de santé.....	17,
Figure 2: Différentes phases de la création d'une institution de micro-assurance de santé	21
Figure 3: Répartition selon la religion	43
Tableau 1: Répartition des structures de santé au Sénégal	7
Tableau 2 : Répartition du personnel technique par catégorie en 2004 au Sénégal	7
Tableau 3: Situation des Mutuelles de Santé au Sénégal en 2003.....	8
Tableau 4: Composition et effectif du personnel des Postes de santé	36
Tableau 5: Capacité d'accueil des structures	36
Tableau 6: Recherche de soins pour le dernier cas de maladie	37
Tableau 7: Choix et facteurs influençant le premier recours pour soins	37
Tableau 8: Qualité perçue par les ménages des prestations de santé aux postes de santé.....	38
Tableau 9: Participation à la vie associative.....	41
Tableau 10: Intention de couverture par ménage enquêtés.....	42
Tableau 11: Revenus et dépenses	43
Tableau 12: Dépenses en médicaments par type de recours	46
Tableau 13: Moyens de financement des dépenses de santé	46
Tableau 14: Disposition à payer	47
Tableau 15: Modalité de paiement des cotisations souhaitées	48
Tableau 16: Liste des OVD (Recensement 2006).....	50
Tableau 17: Prestations souhaitées	51
Tableau 18: Statistiques sur les dépenses en médicaments prescrits par le poste de santé.....	53
Tableau 19: Les différents scénarii.....	58

Tables des matières

Dédicaces	i
Remerciements	ii
Acronymes et abréviations	iii
Listes des tableaux, figures et graphiques.....	iv
Tables des matières.....	v
Introduction générale.....	1
Partie: CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	4
1. Contexte / état des lieux.....	5
1.1. Situation économique et sociodémographique.....	5
1.2. Politique en matière de santé	5
1.3. Situation sanitaire.....	6
1.4. Système de santé et protection sociale.....	6
1.5. Situation des mutuelles de santé au Sénégal	8
2. Problématique et objectifs de l'étude.....	10
2.1. Problématique	10
2.2. Objectifs de l'étude	11
3. Généralités sur les mutuelles de santé.....	12
3.1. Définitions de concepts et notions de base.....	12
3.2. Les principes de base d'une mutuelle de santé	14
3.3. Conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé	17
3.5. Les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé.....	19
3.4. Risques liés à l'assurance santé.....	21
4. Etude de faisabilité de systèmes de mutuelle de santé.....	25
4.1. Première étape de tout projet de création ou de	25
développement d'un système de micro-assurance santé.....	25
4.2. Pertinence, viabilité et développement.....	26
du futur système de microassurance	26
4.3. La faisabilité participative.....	26
4.4. Les Études de faisabilité approfondies sont-elles nécessaires ?.....	27
5. Méthodologie de la recherche	28
5.1. Contexte de l'étude.....	28
5.2. Questions de recherche.....	28
5.3. Stratégie de recherche	29
5.4. Définition de la population cible et Echantillonnage	30
5.5. Analyse.....	30

Partie 2: PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	31
6. Conditions préalables	32
7. Offre de soins disponibles et besoins prioritaires	36
7.1. L'offre de soins	36
7.2. Besoins prioritaires face aux risques maladie	39
8. Analyse des différentes dimensions de la faisabilité	41
8.1. La faisabilité sociale.....	41
8.1.1. La dynamique organisationnelle et associative	41
8.1.2. Facteurs sociaux culturels.....	42
8.2. La faisabilité économique	43
8.2.1 Potentiel économique	43
8.2.2.La capacité contributive, de financement des soins	45
et leurs différentes intentions de cotisation	45
8.3. La faisabilité institutionnelle	48
8.3.1. La capacité institutionnelle de l'UOVDD	49
8.3.2. La volonté de collaboration des structures sanitaires	50
8.3. La faisabilité financière	51
8.3.1. Prestations souhaitées.....	51
8.3.2. Détermination du coût moyen par traitement.....	53
8.3.3. Calcul de la prime	54
8.3.4. Proposition des différents scénarii	57
Conclusion	59
Recommandations	61
Bibliographie	64
Annexes	65

Introduction générale

Leur indépendance acquise, les gouvernements de la plupart des ex-colonies ont tenté d'offrir la (quasi) gratuité des soins de santé de base à toute la population, s'inspirant à cet égard des modèles d'"Etat providence" dans les pays industrialisés. Cette politique se justifiait à cette époque car les Etats en gestation devaient résorber le déséquilibre d'accès aux soins modernes qui avaient été instaurés par les colonisateurs.

Il s'avéra toutefois rapidement que dans les régions les plus pauvres ces tentatives étaient vouées à l'échec. Les causes en sont nombreuses. La principale est que le développement des structures de santé est insuffisant: la croissance démographique est rapide et les services de santé ne suivent pas à cause des moyens énormes que nécessite cette politique. Les gouvernements ne disposent pas des moyens financiers pour mettre en oeuvre et entretenir un système de santé suffisamment développé et pour financer les coûts de personnel. Les systèmes hospitalo-centrés consommaient une partie trop importante des ressources rares pour une contribution très discutée à l'amélioration de la santé des populations. Officiellement ces structures offraient gratuitement des soins de santé. En réalité, les patients ont du payer les médicaments et verser des sommes clandestines au personnel de la santé pour bénéficier des services¹. Il y avait donc à la fois des problèmes d'efficacité et d'efficience, de financement, d'accès aux soins et d'équité.

Ces préoccupations ont conduit en 1978 à la conférence d'Alma Ata dont la stratégie, s'appuyant entre autres sur les expériences de la Chine, du Sri Lanka et du Costa Rica était fondée sur "**les soins de santé primaires**" gratuits pour tous. Avec l'introduction des Soins de Santé Primaire (SSP), plusieurs pays Africains se sont engagés pour améliorer le système de soins de santé avec l'assistance des bailleurs étrangers. La stratégie d'Alma Ata a été appliquée de manière inégale selon les Etats. Mais la multiplicité des expériences est traversée par une constante, l'insuffisance du financement, principalement assuré par le prélèvement interne et par l'aide étrangère. A cela, il faut ajouter l'endettement et la mise en place des plans d'ajustement structurel (PAS) dont l'une des conséquences a été la réduction des budgets alloués aux secteurs sociaux, notamment celui de la santé longtemps considéré comme un secteur non productif. Un triple constat émerge:

- i. la faiblesse du financement public va de pair avec des soins de qualité médiocre et une couverture très inégalitaire;

¹ Götz Huber, Jürgen Hohmann, Kirsten Reinhard. Mutuelles de Santé - 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées. GTZ 2003.

- ii. la gratuité des soins est souvent devenue très largement formelle – rationnement quantitatif des soins, dessous de table, achat de médicaments de spécialité et de consommables dans le privé;
- iii. les dispositifs permettant de protéger l'accès des pauvres aux soins sont quasi-inexistants.

C'est dans ce contexte peu encourageant que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef ont lancé en 1987 l'Initiative de Bamako, qui vise à favoriser l'accès aux **soins de santé primaires (SSP)** de qualité pour l'ensemble de la population. L'Initiative de Bamako est articulée autour de trois principes :

- le premier est l'autofinancement des centres de santé par le **recouvrement des coûts** et donc, la tarification des soins. Les usagers doivent prendre partiellement en charge le coût des soins de santé ('user fees').
- Le second est l'amélioration de l'accès aux médicaments, en optant pour **les médicaments essentiels génériques (MEG)** au lieu des médicaments de marque, plus chers et pour **les médicaments de base** (dont la majeure partie de la population pauvre a besoin) au lieu de médicaments spécialisés (à l'usage exclusif des nantis). Les centres de santé primaires (ou de première ligne) vendent exclusivement des médicaments génériques. De même, les soins de seconde ligne encouragent l'utilisation de médicaments génériques.
- Le troisième principe est **la participation communautaire**. En effet, la participation de la communauté locale à la gestion des soins de santé devait rendre ces derniers plus démocratiques et plus transparents.

De nombreux pays ont souscrit aux principes de l'Initiative de Bamako (IB) et ont intégré ses objectifs dans leur politique nationale sanitaire, avec toutefois, plus ou moins de succès. Cette politique de recouvrement des coûts, noble dans ses objectifs de financement du système de la santé, va avoir des effets pervers comme notamment l'exclusion des populations pauvres du système. L'accès tant financier que géographique aux soins de santé ne s'est pas amélioré. Les plus pauvres de la population sont totalement exclus². Selon la Banque Mondiale, le taux de fréquentation des établissements sanitaires n'est que de 20%³. L'offre de santé est restée insuffisante et de qualité peu satisfaisante.

La disparition de la gratuité des services de santé a pour effet que d'importantes couches de la population perdent une forme importante de protection sociale. Seules quelques catégories

² Götz Huber, Jürgen Hohmann, Kirsten Reinhard. Mutuelles de Santé - 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées. GTZ 2003.

³ Banque Mondiale. Juin 1996. Rapport n°15607 IVC, Annexe 6

professionnelles (fonctionnaires et salariés du secteur privé) en Afrique bénéficient d'une protection sociale organisée. Elles ne représentent que 10% de la population⁴. Des alternatives s'imposent donc.

Les institutions de micro-assurance, les mutuelles de santé en particulier, constituent éventuellement l'une des solutions intéressantes: initiatives locales basées sur la solidarité en vue de prévenir les risques économiques liés à la maladie et d'améliorer de facto l'accès aux soins de santé et de participer ainsi au financement du système. Au Sénégal, à l'instar des autres pays africains, cette nouvelle initiative va rencontrer un écho favorable au niveau des populations et du gouvernement. Cela s'explique par le fort taux de création de mutuelles de santé qui était de l'ordre de 52,63% entre 1997 et 2000⁵.

Les mutuelles de santé connaissent du succès au Sénégal. Mais on en dénombre certains en difficulté. La mise en place de mutuelles nécessite des informations sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques des populations cibles et sur leurs comportements en ce qui concerne la consommation des soins de santé. La création de mutuelles de santé devrait donc être validée par une étude de faisabilité préalable qui appréciera sa pertinence, sa performance, sa cohérence et sa viabilité. C'est précisément le cadre de notre étude que nous pouvons structurer en trois parties:

1. Nous commencerons par préciser le contexte, le cadre théorique et la méthodologie de l'étude;
2. puis nous présenterons et analyserons les résultats obtenus et
3. enfin nous tirerons une conclusion et ferons quelques recommandations.

⁴ Dominique Evrard. Mutuelles de santé en Afrique: Mouvement émergent ou phénomène de mode. Forum de la Concertation 2002

⁵ Courrier de la Concertation n°4 de janvier 2001

1. Contexte / état des lieux

1.1. Situation économique⁶ et sociodémographique

Le Sénégal est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il est classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et éligible à l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le phénomène de la pauvreté est répandu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration connue des conditions de vie des ménages malgré un taux de croissance économique qui tournait autour de 4,3% dans la période 1995-2003.

Bien que le niveau de vie des Sénégalais se soit amélioré entre 1994 (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. En effet, les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données de l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM I, 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirme la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49% des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002 contre plus de 61% en 1994/1995. Toutefois, le poids des ménages ruraux dans l'ensemble des ménages pauvres a augmenté, passant de 62% à 65%. Les performances enregistrées sur le plan macroéconomique au cours des dernières années (avec un taux de croissance de 6,3% en 2004) n'ont pas été suffisantes pour créer les conditions d'un développement durable soutenu.

La population du Sénégal est estimée à 10 564 303 d'habitants en 2004, répartis sur une superficie d'environ 196.722 km², soit une densité moyenne de 54 habitants au km². La composition ethnique et religieuse de la population est relativement homogène avec 5 principaux groupes ethniques et 95% de la population de confession musulmane. La population sénégalaise est relativement jeune (47% a moins de 15 ans) et s'accroît au rythme de 2,7%⁷.

1.2. Politique en matière de santé

La nouvelle Constitution Sénégalaise de Janvier 2001, en son article 17, a réaffirmé et renforcé la responsabilité de l'Etat et des collectivités locales pour l'accès à la santé et au bien-être des populations. Le décret de Novembre 2002 relatif aux attributions du Ministère chargé de la Santé met un accent particulier sur le développement des actions de prévention. Les activités de santé sont toujours orientées vers la réalisation des objectifs prioritaires du Plan National de

⁶ EDS-IV Sénégal 2005

⁷ Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal

Développement Sanitaire (PNDS, 1998-2007), notamment la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis.

Le budget du Ministère de la Santé qui représente 6% du budget de L'Etat est en hausse régulière depuis 1990 avec une augmentation de 0,5 point par an en vue d'atteindre la recommandation de l'OMS selon laquelle 9% du budget national doit être allouée à la santé. Les dépenses publiques de santé représentent 2,6% du PIB, soit \$12 US par an et par habitant⁸. Le système public de santé est financé par quatre (4) différentes sources: le budget de l'Etat, les collectivités locales, les contributions financières directes des utilisateurs (comités de santé) et l'aide extérieures.

1.3. Situation sanitaire

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont encore à un niveau très élevé. Sur 1000 naissances vivantes, 143 meurent avant l'âge de 5 ans. La mortalité maternelle est toujours estimée à 510 pour 100 000 naissances vivantes. Le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 40% des cas notifiés en 2001 dans les formations sanitaires, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. Pour les consultations prénatales, on note que pour 82% des naissances, les mères ont bénéficié de la première visite; dans 64% des cas, elles ont eu au moins trois consultations prénatales (Enquête Sénégalaise sur les indicateurs de santé, 1999). Environ 50% des accouchements ont lieu dans un établissement sanitaire.

En 2001, le Sénégal comptait, en moyenne, un hôpital pour 444 400 habitants. Cette couverture n'a pas évolué de manière significative au cours des dernières années malgré l'accroissement de la population.

1.4. Système de santé et protection sociale

Le Sénégal a hérité de la période coloniale d'un système de santé centralisé, urbain et biaisé vers les soins curatifs, où les fonctions de prestation de soins de santé, de financement et de régulation étaient confondues, et supportées exclusivement par le financement public. Cette structure a été renforcée jusqu'au milieu des années 70s en faveur de l'idéologie de la construction nationale et du centralisme étatique. Depuis cette période, cependant, les effets combinés des crises économiques et fiscales (crises pétrolières, années récurrentes de

⁸ Rapport PNUD 2000

sécheresse), la croissance démographique, l'urbanisation et les programmes successifs d'ajustement structurel ont transformé le système de santé :

- L'offre des soins de santé s'est diversifiée en faveur du développement du secteur privé ;
- Les sources et les mécanismes de financement des services de santé ont aussi changé vers le renforcement du financement privé et du paiement direct par les usagers ;
- L'organisation et les cadres de gestion des services de santé ont aussi changé vers des cadres plus décentralisés et une plus grande implication des populations dans la gestion.

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend :

- ✓ à la base, un niveau périphérique appelé **District sanitaire** constitué de centres de santé et englobant un réseau de postes de santé eux mêmes supervisant des cases de santé et maternités rurales ;
- ✓ à l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé **Région médicale** ;
- ✓ au sommet, un niveau central comprenant le **cabinet du Ministre**, les **Directions** et les **services nationaux**.

Tableau 1: Répartition des structures de santé au Sénégal

	Postes de santé (PS)	Ratio population/PS	Centres de santé (CS)	Ratio population/CS	Hôpitaux	Ratio population/hôpital
Sénégal	921	11 470	60	176 072	22	480 196
Fatick	72	8 938	6	107 251	1	643 505

Source: Enquête démographique et de santé Sénégal 2005

Tableau 2 : Répartition du personnel technique par catégorie en 2004 au Sénégal

	Médecins	Pharmaciens	Infirmiers	Sages-femmes	Agents sanitaires	Agents d'hygiène	Matrones
Sénégal	482	60	1 068	630	585	461	11
Fatick	14	1	53	19	29	18	4

Source: Enquête démographique et de santé Sénégal 2005

Les catégories de la population couvertes par les systèmes obligatoires et facultatifs représentent moins de 20% de la population du pays ; par ailleurs, la couverture dont elles bénéficient n'est que partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie). Le dispositif prévu pour la prise en charge des cas sociaux ou des indigents n'a réellement jamais fonctionné.

Parallèlement à ces formes institutionnalisées de couverture maladie, différents systèmes traditionnels de solidarité permettent aux ménages de faire face aux dépenses de santé. Il s'agit des associations d'entraide et de crédit, de la solidarité familiale, des systèmes de prépaiement auprès des structures de santé.

1.5. Situation des mutuelles de santé au Sénégal

Les mutuelles de santé remplissent les fonctions d'intermédiation (fonctions de collecte de revenus et d'achat des soins de santé) et de couverture contre les risques financiers associés à la maladie (fonction d'assurance) pour leurs membres que les autres systèmes traditionnels d'assurance maladie (assurance sociale, assurance commerciale)⁹. Les mutuelles de santé empruntent leur structure organisationnelle des modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et des principes de l'économie sociale.

Les acteurs locaux de la mutualité au Sénégal ont identifié différents types de mutuelles de santé dont les mutuelles dites **complémentaires** versus les mutuelles **au premier franc**.

- Les mutuelles de santé complémentaires se sont créées pour assurer une couverture des prestations non prises en charge par le régime obligatoire.
- Les mutuelles de santé dites « au premier franc » sont généralement organisées sur une base territoriale. Elles se développent parmi les catégories de population ne bénéficiant pas de couverture par les systèmes traditionnels d'assurance obligatoire ou facultative.

Le tableau ci-dessous résume l'évolution et la situation actuelle des mutuelles de santé au Sénégal.

Tableau 3: Situation des Mutuelles de Santé au Sénégal en 2003

Région	Mutuelles Fonctionnelles		Situation en 2003 (Inventaire)				
	1997	2000	Fonctionnelle	Gestation	Projet	Difficulté	Total
Dakar		10	23	9	8	4	44
Diourbel			4	5		1	10
Fatick			3	1			4
Kaolack		1	8	1	1	1	11
Kolda					1		1
Louga			6	2			8
St Louis		2	7	2			9
Tambacounda			1	1	2	1	5
Thiès		15	27	6	4	2	39
Ziguinchor			3	3	2		8
Sénégal	19	28	79	30	18	9	136

Sources : Inventaires Concertation MS Afrique 1997, 2000, 2003

⁹ Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal

L'Etat a marqué sa volonté politique de promouvoir le développement des mutuelles de santé par la création en 1998 de la cellule d'appui aux mutuelles de santé, IPM et comités de santé (**CAMICS**) au sein du Ministère de la Santé. La restructuration du Ministère de la Santé intervenue en 2001 a rattaché la CAMICS à la Direction de la Prévention (Division du Partenariat) en maintenant les objectifs qui lui sont assignés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2. Problématique et objectifs de l'étude

2.1. Problématique

L'accès aux soins de santé est un droit fondamental pour tout être humain. Il faut néanmoins constater que, pour une grande partie de la population dans les pays à faible revenu, cet accès est assez limité : la distance par rapport au centre de santé est trop importante, il y a trop peu de médecins ou de personnel infirmier, les centres de santé existants ne disposent pas du matériel de base ou de médicaments, le service est inefficace ou irrespectueux du patient. Très souvent, les patients doivent financer eux-mêmes le traitement, ce qui exclut d'emblée les pauvres. En bref et en général, on sait que les pauvres ont moins accès aux services de santé que les autres, que ces services sont de qualité moindre, qu'ils profitent comparativement peu des subventions publiques (analyse de l' "incidence du bénéfice"), qu'ils payent comparativement plus et qu'une utilisation identique des ressources débouche chez eux sur une amélioration de la santé moindre que pour les autres classes sociales. Les conséquences de la maladie y sont souvent plus redoutables car elle entraîne des pertes de revenus qui peuvent être dramatiques, conduire à la vente d'actifs productifs, à l'endettement, créant une dynamique pernicieuse qui aggrave la pauvreté ("medical poverty trap")¹⁰.

Il faut faire face à ce risque économique potentiel que constitue la maladie pour les populations pauvres et conjointement pour trouver des solutions au double défi de l'amélioration de l'accès aux soins et du financement du système de santé. Les institutions de micro-assurance, les mutuelles de santé en particulier, qui ne sont plus en phase d'expérimentation, montrent jusqu'aujourd'hui des résultats satisfaisants en la matière. Ces mutuelles de santé ont vu le jour avec l'aide des ONG, des bailleurs de fonds ou autres institutions et une étude menée en 1998 confirme l'émergence de systèmes de santé mutualistes en Afrique de l'ouest et du centre¹¹.

Mais, du fait de leur existence récente, les mutuelles de santé rencontrent beaucoup de difficulté dans leur fonctionnement et leur organisation. Selon Fall Aboubacry (DSES 2001), le taux de mortalité des mutuelles de santé au Sénégal de 1987 à 2000 était de 9,3%. Cette mortalité peut être expliquée par trois types de contraintes :

- Les limites internes ;
 - ☞ Faible taux de pénétration, peu d'adhérents ;
 - ☞ Irrégularité dans le recouvrement des cotisations ;

¹⁰ La lettre du Collège. N° 4, 14^e année. Décembre 2003. Collège des économistes de la santé

¹¹ Guide d'introduction à la mutuelle de santé. BIT/STEP-ACOPAM

- ↳ Inadéquation taux de cotisation/situation socioéconomique ;
- ↳ Inadéquation période de collecte/période d'entrée des revenus ;
- ↳ Manque de qualification gestionnaire des dirigeants ;
- ↳ Mauvais fonctionnement des organes ;
- Faible qualité "perçu" des soins de santé ;
- Difficile accessibilité géographique.

Pour éviter ces problèmes, tout projet de mise en place d'une mutuelle de santé devrait passer par une étude de faisabilité. Une telle étude permet, sur la base des informations recueillies, d'apprécier la pertinence, la performance, la cohérence et la viabilité du projet.

2.2. Objectifs de l'étude

2.2.1. Objectif général

Notre étude vise à déterminer les conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein de Diakhao, une communauté rurale de la région de Fatick, au Sénégal.

2.2.1. Objectifs spécifiques

Afin d'atteindre cet objectif général nous devrions atteindre les objectifs spécifiques suivants :

- Evaluer la pertinence du projet
- Identifier les conditions de faisabilité du projet et définir pour le futur système de micro-assurance les caractéristiques qui lui permettront d'être viable et de favoriser son développement :
 - Elaborer les différents couples cotisations/prestations afin de déterminer le couple efficient adapté au contexte
 - Définir la périodicité des cotisations
- Décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins

3. Généralités sur les mutuelles de santé

3.1. Définitions de concepts et notions de base

Assurance¹² (Insurance)

C'est un mécanisme de couverture contre les conséquences financières de certains événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces événements appelés également risques.

Assurance santé (Health insurance)

Ce système permet à plusieurs personnes de partager les risques financiers liés aux dépenses de soins. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque.

Micro-assurance santé (Health micro-insurance scheme)

C'est un système d'assurance, souvent initié par un acteur de la société civile, dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Le terme «micro» ne fait pas tant référence à la taille de ces systèmes qu'à leur ancrage social. Même si ces systèmes sont généralement de petite taille, certains d'entre eux touchent, en Asie notamment, plus de 100 000 personnes. D'autres participent à des réseaux ou unions reliant plusieurs systèmes entre eux et qui constituent de vastes structures. Le terme « **micro-assurance santé** » regroupe une importante variété de systèmes qui se développent sur le continent africain, ainsi que dans l'ensemble des pays en développement. Les systèmes de micro-assurance santé s'adressent aux populations démunies du secteur informel, non couvertes par les systèmes d'assurance santé mis en place par l'Etat ou proposés par des sociétés commerciales.

Parmi les systèmes de micro-assurance santé, on peut citer, par exemple :

- les assurances fournies par des prestataires de soins ;
- les assurances pour le transport sanitaire sans but lucratif ;
- les mutuelles de santé.

¹² Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion social et la Pauvreté (STEP). 2005. Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé, Tome 2: Outils. Organisation internationale du Travail.

Encadré 1: Caractéristiques communes aux systèmes de micro-assurance

Les caractéristiques communes aux systèmes de micro-assurance font l'objet de débats. STEP a retenu quelques caractéristiques importantes :

1. *Fonction «assurance» : les systèmes mettent en jeu une assurance santé c'est-à-dire un instrument financier par lequel des souscripteurs, en contrepartie du versement d'une cotisation (ou prime), obtiennent une garantie de réparation financière (ou de prise en charge) en cas de réalisation d'un risque de maladie. Les souscripteurs renoncent à la propriété des cotisations qu'ils versent. Ces cotisations sont ainsi utilisées pour assurer le coût des prestations.*

2. *Participation financière : les bénéficiaires (ou les adhérents) au système d'assurance apportent les contributions nécessaires, au moins partiellement, au financement des prestations.*

3. *Adhésion non obligatoire : les bénéficiaires du système sont assurés sur une base volontaire ou automatique et non de manière obligatoire.*

4. *Exclusion de la sécurité sociale : les bénéficiaires du système sont, au moins en partie, des personnes exclues des systèmes de sécurité sociale ou qui ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté défini sur le plan national.*

5. *Implication des bénéficiaires dans la gestion : les bénéficiaires ou les adhérents sont associés ou participent à la gestion du système d'assurance, tout au moins au choix des services de santé couverts par ce dernier.*

6. *Complément aux systèmes classiques de sécurité sociale : la création du système est issue de l'initiative d'opérateurs autres que les initiateurs classiques des systèmes de sécurité sociale comme les caisses de prévoyance maladie.*

Mutuelle de santé (Mutual Health Organization, MHO)

Il s'agit d'un schéma de financement communautaire¹³ de la santé qui a pour but général de trouver les moyens d'aider les communautés à satisfaire leurs besoins de financement de l'accès aux soins de santé grâce à la mise en commun des revenus des assurés sous forme de primes et à des décisions d'affectation des ressources prises par la communauté elle-même.

Les mutuelles de santé sont des associations autonomes basées sur la solidarité et la participation démocratique de leurs adhérents. Elles sont créées et gérées par et pour leurs adhérents.

Les mutuelles de santé remplissent les fonctions d'intermédiation (fonctions de collecte de revenus et d'achat des soins de santé) et de couverture contre les risques financiers associés à la maladie (fonction d'assurance) pour leurs membres que les autres systèmes traditionnels d'assurance maladie (assurance sociale, assurance commerciale)¹⁴. Les mutuelles de santé empruntent leur structure organisationnelle des modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et des principes de l'économie sociale.

¹³ PHRplus. Septembre 2004. 21 Questions sur le FCS: Les Mutuelles de Santé. Partenaire pour la réforme du secteur de la santé.

¹⁴ Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal

Encadré 2: **Institutions de micro-assurance, mutuelles, ou ... ?**¹⁵

Il existe différents termes pour définir ces nouvelles initiatives en matière de soins de santé. Ainsi, dans de nombreux pays, on parle de mutuelles ; ailleurs, on parle de 'systèmes d'assurance maladie solidaires' ou encore d'assurances mutuelles.

En 1999, le Bureau International du Travail (BIT) a proposé d'utiliser le terme 'micro-assurance', qui recouvre en fait l'ensemble des caractéristiques communes d'une large diversité d'initiatives. Ces dernières peuvent en effet fortement varier, car elles ont recours à des modèles d'organisation différents. Bien entendu, le terme 'institution de micro-assurance' réfère explicitement aux institutions de micro-assurance calquées et qui rencontrent un grand succès.

Sur le plan purement technique, 'micro' ne porte

pas sur la taille des organisations ou institutions concernées. En effet, certaines d'entre elles comptent des dizaines de milliers de membres. 'Micro' donne plutôt une indication du niveau de la transaction puisque dans les institutions de micro-assurance, la contribution financière des membres est relativement réduite. En outre, le terme renvoie à la proximité entre les membres et l'institution. Ces deux caractéristiques sont communes à pratiquement toutes les initiatives. D'aucuns ont fait remarquer que le terme 'institution de micro-assurance' accentuait par trop l'aspect assurance. En effet, de nombreuses institutions de micro-assurance, mais pas toutes, se caractérisent par leur caractère non lucratif, leur attention à la participation et leurs mécanismes de solidarité. C'est pourquoi nombreux sont ceux qui préfèrent le terme 'mutuelle'

Etude de faisabilité (Feasibility study)

C'est la première étape de tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé. Elle a pour objectifs:

- 1) de vérifier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, pour savoir s'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte;
- 2) de définir pour le futur système des caractéristiques qui lui permettent d'être viable et de favoriser son développement;
- 3) de décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins.

3.2. Les principes de base d'une mutuelle de santé

Une institution de micro-assurance protège ses membres contre les conséquences financières de problèmes de santé, en regroupant les contributions financières et les risques de santé. En partageant les risques, les membres créent une forme de protection sociale.

Les mutuelles de santé constituent donc une composante essentielle de l'économie sociale. Elles fonctionnent sur la base d'un certain nombre de principes fondamentaux :

- la solidarité ;
- Adhésion volontaire ;
- la participation démocratique;

¹⁵ Patrick Develtere, Gerlinde Doyen, Bénédicte Fonteneau. Juin 2004. Micro-assurance et soins de santé dans le Tiers-Monde: Au-delà des frontières. Cera Foundation.

- l'autonomie et la liberté ;
- la poursuite d'un but non lucratif ;
- l'épanouissement de la personne ;
- la responsabilité des membres ;
- le système existe grâce aux cotisations des membres ;
- la dynamique d'un mouvement social.

La solidarité d'abord

Ce principe constitue le fondement de la mutualité et ses implications sont doubles :

- chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. La prime (ou montant de la cotisation) n'est pas liée à l'âge, le sexe ou l'état de santé du membre;
- chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie pour un même niveau de cotisation.

La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien-portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

La solidarité ne concerne pas uniquement l'aspect financier. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades, des handicapés ou des personnes âgées.

L'adhésion est volontaire

En principe, les gens peuvent décider librement de s'affilier à une institution de micro-assurance et peuvent la quitter à tout moment sous condition, bien entendu, d'accepter et de respecter les règles de l'organisation.

L'affiliation peut toutefois avoir un caractère moins 'facultatif'. C'est le cas lorsqu'une organisation 'tierce' dispose d'une assurance santé pour une catégorie bien précise de personnes. Ainsi, un syndicat peut par exemple offrir un ensemble de services : quand on s'affilie au syndicat, on bénéficie automatiquement de l'assurance santé.

Le fonctionnement est démocratique et participatif

L'adhésion est libre et ne souffre d'aucune discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les membres ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

L'autonomie et la liberté

La mutuelle est une organisation communautaire libre où, en conséquence, les décisions devraient pouvoir être prises de façon souveraine par les membres sans demander l'aval des autorités publiques ou sans immixtion de celles-ci. Cette souplesse dans l'action est bénéfique

pour les membres, car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins. C'est pourquoi, la mutuelle de santé devrait, dans la mesure du possible, éviter les subventions et plutôt œuvrer à s'autofinancer à travers un équilibre constant entre les cotisations et les dépenses.

L'autonomie s'exerce, cependant, dans le cadre et le respect des lois en vigueur dans le pays.

La poursuite d'un but non lucratif

Par vocation, la mutuelle de santé consacre son action à offrir des services à ses membres et non de réaliser des profits. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne doit pas viser l'équilibre comptable et financier ou être saine financièrement. Une mutuelle de santé viable est celle qui équilibre ses dépenses et recettes. Un résultat financier positif est même souhaitable car ce surplus de recettes pourrait servir à constituer des réserves pouvant aider en cas d'épidémie, augmenter la prise en charge des prestations, améliorer le paquet de soin, améliorer la qualité de ses services ou encore à réduire le montant des cotisations.

L'épanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité.

Les mutuelles de santé, en promouvant l'équité dans l'accès au soins, permettent à leurs membres, bien plus, à une catégorie de la population la plus démunie, d'avoir la possibilité de jouir d'un des droits les plus fondamentaux de la personne : le droit à la santé. C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres non seulement des formations, mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

De même, tous les autres principes de base régissant la mutuelle de santé concourent sans nul doute à l'épanouissement global du membre.

Le sens de responsabilité des membres

La solidarité, le volontariat, la participation démocratique, l'autonomie et la liberté et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Les autres principes resteraient lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas saine, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé, et de celle des autres, dans la consommation des soins, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle, dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

Ainsi donc, la mutualisation du risque maladie requiert un plus grand sens de responsabilité de la part tant des gestionnaires que des membres de la mutuelle.

Le système existe grâce aux cotisations des membres

Les ressources des mutuelles devraient être constituées essentiellement des cotisations de leurs membres. Dans certains cas, elles peuvent aussi être aidées par les pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds. Elles doivent toutefois veiller à rester financièrement indépendantes de cette aide extérieure.

La dynamique d'un mouvement social

De tout ce qui précède, il découle que les membres des mutuelles ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien-être et des intérêts communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large comme un syndicat, un mouvement féminin, un groupement d'épargne et de crédit, un mouvement de jeunes ou de personnes âgées. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.



Figure 1: Principes de base d'une mutuelle de santé

3.3. Conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé

Un certain nombre de facteurs déterminent l'intérêt de mettre en place une mutuelle de santé et son bon fonctionnement ultérieur. Il s'agit principalement de l'existence :

- d'un besoin réel et prioritaire perçu en matière de financement des soins de santé ;
- de services de santé de qualité ;
- de liens de solidarité entre les futurs membres ;

- d'une confiance envers les initiateurs du projet ;
- d'une dynamique de développement économique au niveau local ;
- d'une politique nationale favorable de santé ;
- d'un nombre suffisamment important de personnes potentiellement couvertes.

Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité

Un système de micro-assurance santé permet de faire face aux dépenses liées à un épisode de maladie ou à la maternité. La mise en place d'un système de micro-assurance santé n'a d'intérêt que si le risque financier lié à la maladie et à la maternité est non seulement réel, mais aussi ressenti par la population comme important voire prioritaire.

Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles et accessibles

La mise en place d'une mutuelle de santé n'est envisageable que s'il existe des services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population cible, qu'ils soient situés à proximité (tout au moins physiquement ou géographiquement accessible) de celle-ci et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

Condition 3: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible

Comme il a été vu plus haut, la solidarité constitue la base fondamentale de la mutuelle. Elle est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Ainsi la compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance seront facilitées. En effet, Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation «pour les autres», ceux qui tombent malades.

Ces liens d'entraide peuvent découler de l'appartenance à une même localité, à une même catégorie professionnelle, à un même mouvement social, etc.

Condition 4: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées

La mise en commun des cotisations est difficilement acceptable lorsque la population ne fait pas totalement confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées dans le projet. Les antécédents relatifs aux relations entre la population et ces personnes doivent donc être pris en compte. L'attitude des autorités locales est également importante car leur soutien donne une caution morale à ces personnes.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de service, caisses d'épargne et de crédit, etc.).

Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique local est engagée

Le paiement régulier d'une cotisation est difficile dans un contexte où les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger et également dans un contexte de faible circulation monétaire. Il est à l'inverse facilité lorsqu'une dynamique de développement socio-économique local est engagée.

Les activités économiques rentables donnent aux populations des ressources financières qui, même si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, facilitent leur couverture collective par le biais de la solidarité entre les malades et les bien-portants.

Condition 6: La politique nationale de santé est favorable

La politique nationale de santé, en cours dans le pays, a un grand impact sur l'opportunité de mise en place d'une mutuelle de santé. Il faudrait tout d'abord qu'elle puisse permettre l'émergence des initiatives communautaires et de participation dans la gestion de la santé. Par ailleurs, il faudrait qu'elle octroie une certaine autonomie de gestion aux formations sanitaires leur permettant de passer des conventions avec les assurances maladies.

Condition 7: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année

Cette condition vaut surtout pour des systèmes destinés à couvrir les gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes, comme les hospitalisations, les accouchements dystociques, les opérations chirurgicales, etc.

3.5. Les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé

Chaque mutuelle de santé émane d'une dynamique sociale particulière et originale. Néanmoins, on peut retrouver des étapes «naturelles» dans la mise en place de la plupart des initiatives mutualistes. La prise en compte de ces étapes peut renforcer la bonne réussite et la pérennisation de la mutuelle de santé.

La mise en place d'une mutuelle de santé passe par :

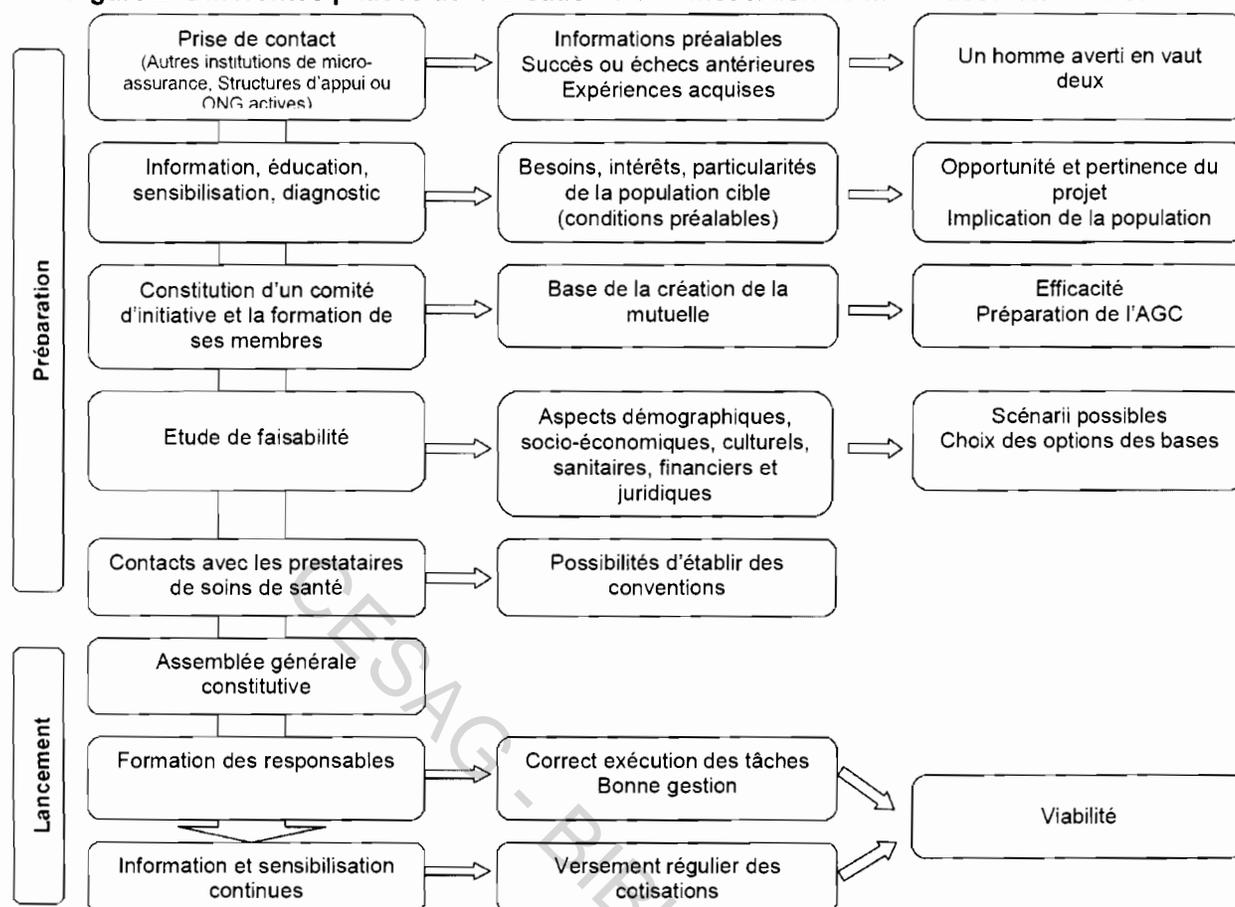
- La prise de contact avec d'autres institutions de micro-assurance existantes
- l'information, la sensibilisation et le diagnostic ;
- la constitution d'un comité d'initiative et la formation de ses membres ;

- l'étude de faisabilité ;
- les contacts avec les prestataires de soins de santé ;
- l'assemblée générale constitutive ;
- la formation des responsables ;
- l'information/sensibilisation continue.

Voici les étapes de la procédure utilisée par les conseillers techniques régionaux de PHR*plus* et leurs partenaires dans les communautés en Afrique de l'Ouest dans la mise en place des mutuelles de santé :

1. Informer et éduquer la population quant au concept des mutuelles.
2. Établir un comité d'initiative dans la communauté pour superviser la mise en œuvre d'une mutuelle de santé.
3. Conduire une étude de faisabilité avec les fournisseurs d'assistance technique et le comité d'initiative de la mutuelle de santé.
4. Établir plusieurs options pour les paquets de bénéfices.
5. Disséminer les résultats de l'étude de faisabilité dans la population ciblée.
6. Convoquer une assemblée générale pour arriver à un consensus sur les paquets de bénéfices, les primes et les modalités de fonctionnement.
7. Exiger une période d'attente avant que les membres puissent commencer à utiliser les bénéfices de la mutuelle.
8. Renforcer la mutuelle de santé pendant la période d'attente (campagne de recrutement, éducation des membres, contrats avec des prestataires).
9. Commencer les opérations de la mutuelle sans aucune restriction.

Figure 2: Différentes phases de la création d'une institution de micro-assurance de santé



3.4. Risques liés à l'assurance santé

La mutuelle de santé est confrontée dans sa croissance à certains risques liés à l'assurance. Ces risques découlent en grande partie des choix et des modalités de prises en charge des dépenses de santé des bénéficiaires ainsi que des mécanismes de fonctionnement de la mutuelle. Pour qu'ils ne mettent pas en danger la viabilité de celle-ci, il convient de prendre certaines mesures préventives. Ce qui est vrai en matière de santé vaut également pour la gestion financière : « mieux vaut prévenir que guérir ! ».

Les risques majeurs auxquels s'expose toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population, sans discrimination, peuvent être les suivants :

- le risque de "sélection adverse" ou de présélection spontanée ;
- le risque moral ;
 - la surconsommation ;
 - la surprescription ;
- les fraudes et les abus ;
- l'occurrence de cas catastrophiques.

Le risque de sélection adverse ou anti-sélection

En situation d'asymétrie d'information, on parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent en grand nombre à la mutuelle, et que les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier ou se retirent après quelques temps. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne un niveau de dépenses trop élevé par bénéficiaire.

Pour minimiser le risque de sélection adverse, il est souhaitable de réaliser des adhésions simultanées de tous les membres d'un groupe déterminé (par exemple tous les membres d'une famille, d'une entreprise, d'un syndicat, d'un groupement, d'une association ou d'une communauté religieuse...).

Le risque moral

Le risque moral résulte du fait que les bénéficiaires, d'une part, et les prestataires de soins, d'autre part, peuvent modifier leur comportement en raison de l'assurance. Il entraîne l'escalade des coûts.

La surconsommation

S'agissant des bénéficiaires, le risque moral se traduit par un phénomène de surconsommation de soins. C'est la situation souvent observée où des bénéficiaires tendent à consommer abusivement ou plus que nécessaire les services sachant qu'ils sont assurés et que la cotisation est indépendante du montant de dépenses prises, afin "rentabiliser" au maximum leurs cotisations. Ce phénomène de surconsommation se traduit concrètement par :

- un taux d'utilisation des services de santé anormalement élevé;
- une augmentation du coût moyen des soins couverts.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises :

- L'instauration d'une participation aux frais (ticket modérateur) à charge des adhérents ou d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des adhérents) ;
- L'instauration d'un système de référence obligatoire avant d'avoir accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux : on peut exiger par exemple, des bénéficiaires qu'ils ne se présentent à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste dans un centre de santé, et sur recommandation de ce dernier.

La surprescription

S'agissant des prestataires, le risque moral se traduit par la surprescription. La solvabilité des bénéficiaires de la mutuelle peut en effet entraîner un changement de comportement

des prestataires de soins, les incitant à avoir recours aux actes les plus rentables ou à prescrire des soins inutiles – sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré – afin d'augmenter leurs marges bénéficiaires ou de donner «satisfaction» aux bénéficiaires.

Ce phénomène se traduira, par exemple, par un allongement de la durée de séjour en hospitalisation, la prescription systématique d'examen de laboratoire, de radiographies, d'échographies, etc., ou encore une augmentation du nombre moyen de médicaments par ordonnance.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à minimiser ce risque :

- rémunération sur la base d'un forfait par personne ou par épisode de maladie ;
- standardisation des schémas de traitements et contrôle de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle ;
- obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle ;
- instauration de plafonds dans la couverture des soins de santé (par exemple, la mutuelle peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation le reste étant à la charge de l'adhérent) ;
- instauration de délai de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables) ;
- obligation pour les adhérents et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

Les fraudes et les abus

On parle de fraude ou d'abus lorsqu'une personne se déclare ou est déclaré bénéficiaire afin de voir ses dépenses de santé prises en charge sans être en ordre de cotisation ou sans être couvert. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage. Tant que les gérants de la mutuelle ne s'aperçoivent de la supercherie, ils se croiront en situation de sélection adverse. Plus la mutuelle de santé est de taille importante plus elle est exposée aux risques de fraudes et d'abus de ses adhérents.

Pour lutter contre ce risque, les mesures suivantes peuvent être appliquées :

- assurer un contrôle avant le recours aux soins : le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivreront une lettre de garantie, avant de recourir aux soins ;
- assurer un contrôle après le recours aux soins : les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombées malade durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée ;
- imposer une photo d'identité de l'adhérent et de ses personnes à charge sur la carte d'adhérent. Cela s'avère cependant souvent onéreuse et peut freiner les adhésions.

L'occurrence de cas « catastrophiques »

Ce dernier risque est lié à des événements exceptionnels et non maîtrisables par la mutuelle, telles que :

- la survenue d'épidémies, de désastres naturels ou en cas de conflits violents. Ces situations provoquent une augmentation massive et brutale de la quantité et/ou du coût des prestations et peuvent aboutir à une situation de crise financière pour la mutuelle ;
- la prise en charge d'une dépense exceptionnelle de soins. Ce risque concerne essentiellement la couverture des services d'hospitalisation et de chirurgie et survient lors de la prise en charge d'une atteinte particulièrement grave nécessitant une intervention lourde et coûteuse. Il s'agit de cas rares mais qui peuvent également placer une petite mutuelle en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de réserves financières importantes. L'accès à un fonds de garantie ou la réassurance constituent une protection supplémentaire et efficace. Dans des cas d'épidémies, de désastres naturels ou de la prise en charge de personnes atteintes du VIH, les pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds peuvent intervenir financièrement.

Toutes pertinentes, ces solutions sont cependant parfois difficiles à mettre en oeuvre pour les institutions de micro-assurance. En effet, certaines des mesures préconisées rendent l'assurance moins attrayante pour les membres. Les micro-assurances tentent alors de trouver un équilibre entre le recrutement d'un nombre suffisant de membres et la protection du système contre les risques précités.

Il est important de ne pas appliquer, sans plus, des mesures contre des risques considérés comme "universels", mais, au contraire, de tenir compte du contexte local.

4. Etude de faisabilité de systèmes de mutuelle de santé

4.1. Première étape de tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé

Tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé doit nécessairement passer par une analyse préalable de faisabilité. Elle a pour objectifs, sur la base des informations recueillies:

- 1) de vérifier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, pour savoir s'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte;
- 2) de définir pour le futur système des caractéristiques qui lui permettent d'être viable et de favoriser son développement;
- 3) de décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins.

Les informations recueillies portent sur les aspects suivants :

- aspects démographiques (estimation du nombre de membres potentiels)
- aspects socio-économiques (activités économiques de la population)
- aspects culturels (tradition des coopératives, des tontines, des groupements d'entraide)
- aspects sanitaires (existence et qualité de l'offre de soins)
- aspects institutionnels et juridiques (existence des textes juridiques en rapport avec les mutuelles de santé)

Brouillet¹⁶ considère que les études socio-anthropologiques et politiques sont plus nécessaires que les études socio-économiques. Il est important de connaître les formes traditionnelles de solidarité et les perceptions communes des populations sur la santé. La croyance culturelle sur la façon dont les maladies peuvent être prévenues et le type de prévisions acceptables est utile pour développer une argumentation et des stratégies puissantes afin de contrecarrer les aversions à l'égard de l'assurance.

L'étude de faisabilité permet plus particulièrement de:

- mettre en évidence les problèmes posés: difficulté de la population cible à accéder aux services de soins de santé, à faire face aux dépenses de santé, problèmes de qualité des formations sanitaires, etc.;

¹⁶ Brouillet P, Letourmy A. (2000). Evaluation du Projet FAC: Appui au Développement de la Mutualité au Mali. Paris: Ministère des Affaires Etrangères. Direction Générale de la Co-opération Internationale et du Développement DCT/HS.

- identifier les causes de ces problèmes: variations saisonnières des revenus, niveau de revenu insuffisant pour faire face à certaines dépenses de santé comme l'hospitalisation, manque de motivation du personnel de santé, etc.;
- valider l'idée de créer un système de micro-assurance santé;
- collecter les données permettant d'effectuer des choix pertinents et de concevoir un système de micro-assurance santé solide;
- définir le système de micro-assurance santé: services couverts et niveaux de prise en charge, organisation du système, règles de fonctionnement, etc.;
- préparer son implantation ou son développement: élaborer la stratégie et la programmation de la mise en place, les documents de référence, les supports et les outils nécessaires au démarrage des activités;
- préparer la création officielle du système.

4.2. Pertinence, viabilité et développement du futur système de microassurance

Bruno Gautier, Allan Boutbien and Bruno Galland¹⁷ – L'étude de faisabilité permet de caractériser la demande d'assurance et sa solvabilité.

Alain Letourmy, Aude Pavy-Letourmy – L'étude préalable du terrain est essentielle, pas seulement dans la perspective habituelle des études de faisabilité mais pour apprécier les éléments du contexte permettant d'affiner l'objectif du projet (Alain Letourmy, Aude Pavy-Letourmy, AFD décembre 2005).

Bruno Gautier, Allan Boutbien and Bruno Galland – Au cours de la phase de montage, il est nécessaire de réaliser une étude de faisabilité faisant ressortir les risques principaux (*risk management*) auxquels le projet pourrait être exposé.

4.3. La faisabilité participative

Des études approfondies de faisabilité avec une approche multisectorielle, décentralisée et participative ont été menées par le projet HRD dans la région de Diourbel (HRD, 2001) au Sénégal afin de favoriser la prise de conscience et l'intérêt pour une assurance maladie. Ce projet fut considéré comme nécessaire pour que les populations se familiarisent graduellement avec l'idée de mutuelles. En conséquence six groupes émergèrent et montrèrent un intérêt d'initier des mutuelles, parmi lesquelles quatre purent avancer dans leur projet avec une aide technique et des fonds tirés du projet HRD et de PROMUSAF.

¹⁷ Bruno Gautier, Allan Boutbien and Bruno Galland. Décembre 2005. Bonnes et Mauvaises Pratiques de la Microfinance UMSGF, Guinée Forestière.

STEP Afrique a développé une méthodologie de «l'étude de faisabilité participative». STEP considère que de nombreuses études comportent souvent des informations inutiles. La méthodologie stipule qu'il faudra chercher seulement les informations pratiques et utiles. Ainsi, c'est le comité de pilotage de la création de la mutuelle qui élabore et conduit l'étude (STEP Afrique, 2000).

Pour Villane/STEP, les études de faisabilité ne servent pas seulement à collecter les informations techniques, mais constituent également une étape nécessaire dans le processus de création d'une mutuelle en augmentant la sensibilisation des populations et des membres potentiels d'une communauté. Les participants ont découvert, pendant les enquêtes ménages, que les membres des familles tombent souvent malades et ont besoin de soins de santé. Ils ont découvert eux-mêmes les coûts des soins de santé, ce qui leur a permis d'accepter plus facilement les résultats (coûts de traitement dans les CS, les hôpitaux ou chez le guérisseur traditionnel, les prix des médicaments à la pharmacie ou chez le vendeur ambulant).

4.4. Les Études de faisabilité approfondies sont-elles nécessaires ?

Les études de faisabilité coûteuses peuvent constituer un obstacle financier très important pour la mise en place des mutuelles. Pour mener une telle étude, il faut mobiliser des fonds et bien la préparer. Des études compétentes (rigoureuses) sur le plan technique sont souvent considérées comme des conditions nécessaires et suffisantes pour le succès des mutuelles. Cependant, Hoffmann-Kuehnel/EED pense que de telles études sont nécessaires pour éviter « l'approche d'essai et des erreurs », qui comporte le risque de briser la confiance des populations (Hoffman-Kuehnel, 1999).

Plusieurs personnes interviewées ont mis en cause l'importance des études de faisabilité coûteuses et très détaillées. Pour Criel/ITG, la capacité de prévision des études de faisabilité est faible. Les membres d'une communauté diront aujourd'hui qu'ils sont intéressés et sont prêts à payer des cotisations, mais il n'est pas certain qu'ils le feront réellement.

Des données de base pourront être obtenues par d'autres études réalisées dans le même pays ou la même sous région. La valeur ajoutée dans l'obtention des données spécifiques sur une région particulière comparée aux coûts est souvent très minime.

Pour Galland/CIDR, de nombreuses données techniques sur le taux d'utilisation sont uniquement des estimations et changeront, en particulier après l'introduction de l'assurance maladie. Les premiers chiffres ne sont pas importants, mais la capacité de détecter et d'analyser les changements et d'adapter la mutuelle aux changements est importante.

5. Méthodologie de la recherche

Avant de nous établir une méthodologie de recherche, il est important de rappeler et comprendre le contexte, c'est-à-dire les conditions de vie et la problématique de l'accès aux soins de santé dans la communauté rurale de Diakhao. C'est à partir de ce contexte que les initiateurs de la mutuelle se sont fixés son objectif premier.

5.1. Contexte de l'étude

Le coût de la vie à Diakhao, à l'image du reste du Sénégal, est élevé. Cette situation, déjà, affaiblit considérablement le pouvoir d'achat des populations. A cela ; il faut ajouter le caractère saisonnier et fortement fluctuant des revenus qui proviennent principalement de l'agriculture et de l'élevage. Encore, faut-il ajouter, que le climat et l'état des sols ne sont pas très favorables à ces sources de revenus.

Leurs revenus étant faibles et précaires, les populations de Diakhao éprouvent de la difficulté à accéder déjà au premier niveau de la pyramide sanitaire c'est-à-dire aux soins de santé primaires. Et cela est manifeste à travers le comportement de ces consommateurs de soins. En effet, la plupart des populations n'ont recours aux soins médicaux que lorsque le cas de maladie atteint un stade critique, augmentant ainsi par ignorance le coût de la prise en charge des malades.

L'objectif de la mutuelle est donc de lever d'abord les barrières d'accessibilité aux soins de santé primaires en couvrant tout ou partie des dépenses des traitements prescrits par les postes de santé. Comme résultats prévus, il y aurait :

- recours aux soins dès le début des épisodes de maladie ;
- de plus en plus de traitements moins intenses et donc moins coûteux ;
- baisse du taux de référencement vers les niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire ;
- accroissement du taux de recouvrement des coûts au niveau des postes de santé.

Ainsi notre étude s'attachera à vérifier les conditions préalables et à déterminer les conditions de faisabilité de la mutuelle.

5.2. Questions de recherche

Notre étude cherchera à répondre aux questions suivantes :

Supports : Les données seront collectées sur support papier puis saisie à l'informatique pour être traitées.

5.4. Définition de la population cible et Echantillonnage

5.4.1. Population cible

La première population cible est celle des membres de l'Union des Organisations Villageoises de Développement de Diakhao, cette union étant celle qui porte l'initiative de la mutuelle. Mais la future mutuelle sera étendue à toute la population de Diakhao dans son ensemble. Il s'agit ici de familles de l'économie informelle ne bénéficiant jusqu'à ce jour d'aucun système de couverture de risques liés à la santé.

5.4.2. Echantillonnage

La population cible a un effectif total de 1089 membres. Nous retiendrons un échantillon de 209 enquêtés, ce qui dépasse de loin les recommandations du STEP/BIT qui préconise de prendre comme échantillon au moins les 10% de la population cible afin de circonscrire la marge d'erreur à 5%.

5.5. Analyse

La saisie, le traitement et l'analyse des données se feront avec Microsoft Excel 2003. Une connaissance et maîtrise poussées de ce logiciel permettent d'aller au-delà des attentes communes.

Partie 2

PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

6. Conditions préalables

Un certain nombre de facteurs détermine l'intérêt de mettre en place une mutuelle de santé et son bon fonctionnement ultérieur. Comme vu plus haut, il s'agit principalement de l'existence :

- d'un besoin réel et prioritaire perçu en matière de financement des soins de santé ;
- de services de santé de qualité ;
- de liens de solidarité ou pratiques d'entraide entre les futurs membres ;
- d'une confiance envers les initiateurs du projet ;
- d'une dynamique de développement économique au niveau local ;

La communauté rurale de Diakhao se situe à 210 km au Sud-est de Dakar (la capitale du Sénégal). La CR de Diakhao appartient à l'Arrondissement de Diakhao, qui est une subdivision du département de Fatick. Fatick est l'un des départements de la région de Fatick.

La CRD est composée de 31 villages pour une population de 22872 habitants en 2005. Les activités de l'ADP Diakhao couvrent aujourd'hui 23 villages totalisant environ 17707 habitants en 2006.

La CRD s'étend sur 154 km² avec un climat soudano-sahélien, caractérisé par un vent chaud et sec qui souffle du Nord durant 6 à 8 mois et qui fait monter la température jusqu'à 45°C pendant les mois de mai, juin et juillet. La pluviométrie varie entre 300 mm et 400 mm par an couvrant en moyenne 27 à 30 jours dans l'année.

Existence d'un besoin réel et prioritaire perçu en matière de financement des soins de santé.

Les différents entretiens (avec les autorités locales et prestataires de soins) et revues documentaires ont montré que les populations dans leur ensemble ont un faible pouvoir d'achat vu le faible niveau de revenu face à un niveau de prix élevé et qui ne cesse de grimper. En cas de maladie, il est difficile de faire face aux dépenses quand celle-ci passe la barre de 2500 F CFA. Dans ce cas les populations s'endettent ou vont souvent jusqu'à vendre leurs actifs productifs pour pouvoir faire face aux dépenses.

Les conditions d'alimentation, d'hygiène, de l'habitat, le niveau moyen de scolarité dans cette zone de Diakhao ne favorisent pas vraiment une prise en charge adéquate de la santé. Des enquêtes menées en 2005¹⁸ ont révélé que pour s'adapter à des événements de crise comme

¹⁸ Evaluation des TDI, Rapport d'analyse Avril 2005, ADP Diakhao, Base de Fatick, World Vision Sénégal

6. Conditions préalables

la maladie, la plupart des ménages, soit 77,33%, ont recours à la vente de liquidités¹⁹, 48,67% à la vente d'actifs productifs²⁰.

Ce qui précède indique bien l'existence du risque financier lié à la maladie et à la maternité.

Lors des différents focus group réalisés, les populations ont classé les besoins de santé parmi les prioritaires mais ne manquent pas de souligner la difficulté de satisfaire les exigences d'une bonne santé. Ils expriment ainsi le besoin de protection.

Services de santé de qualité – Offre de santé

La communauté rurale de Diakhao compte :

- deux postes de santé : un à Diakhao, le chef-lieu de la communauté rurale, l'autre à Thiaré Ndiogui
- un ICP, des aides-soignants et des matrones à chaque poste
- des pharmacies
- des cases de santé non fonctionnelles
- une salle de maternité est en cours d'équipement à Diakhao

Vu le profil épidémiologique de la zone, les infrastructures nécessaires sont disponibles, mais dans seulement dans deux villages. Il s'agit de deux postes de santé. Il y a des cases de santé, mais non fonctionnelles. Les référencement se font vers le district de santé de Fatick (à 22 km) ou à l'hôpital de Diourbel (à 20 km).

Les populations ont souligné que la disponibilité d'une ambulance serait d'un grand secours pour l'évacuation des malades.

Le chef du village de Diakhao a souligné le manque de lit.

Les difficultés d'accès sont essentiellement financières et physiques. Comme vu plus haut, le pouvoir d'achat étant bas couplé à la saisonnalité des revenus il est souvent difficile pour les populations de faire face aux dépenses, surtout quand celle-ci passe la barre de 2500 F CFA. Les consultations sont abordables dans l'ensemble mais les ordonnances au-dessus des moyens. Quand les moyens sont là il y a souvent rupture de médicaments. Ces difficultés se font plus ressentir pendant les mois Août à Septembre.

Pour ce qui concerne l'accessibilité physique des postes de santé, les populations n'ayant pas de structure sanitaire dans leur village se plaignent de la difficulté qu'ils rencontrent pour se

¹⁹ On entend le processus de destockage ou de liquidation des biens du ménage tels que les petits animaux, les biens ménagers, les stocks de consommation future...

²⁰ Cela concerne la liquidation d'actifs productifs comme les semences, les outils et équipements de production, le gros bétail, mais aussi la mise en gage voire la vente de terre...

rendre au poste de santé le plus proche à cause du manque de moyen de transport pour l'évacuation des malades. A défaut d'automobile, les populations ont recours aux charrettes hippomobiles qui se révèlent, elles aussi, rares.

Le personnel soignant est insuffisant : besoin d'une sage-femme ; La compétence des prestataires (ICP et matrones) existant n'est pas contestée, mais leurs disponibilités et humanité sont remises en cause par les populations... facteurs influençant négativement la demande. L'absentéisme des prestataires est la cause principale des reports de consultation. Il faut alors attendre souvent plusieurs jours pour avoir une consultation. Il y a aussi le report quand il y a affluence de malades : les cas « non urgent » sont reportés.

Ce pourquoi les populations de certains villages préfèrent le poste de santé de Mbellacadio pour les soins de santé. Les populations disent y trouver ce qu'il y a d'essentiel pour les prestations de soins : bon accueil, disponibilité, humanité et compétence. L'ICP de Mbellacadio donne souvent des possibilités de crédit.

Liens de solidarité – environnement

La communauté rurale de Diakhao (CRD) enregistre plusieurs organisations associatives dont les OVD (les populations s'organisant pour participer aux activités de développement initiées par Vision Mondiale), les GPF (Groupement de Promotion Féminine qui démontrent leurs savoirs faire dans les domaines de la gestion des équipements, petit commerce, partenariat avec les mutuelles et les ONG et l'esprit d'initiative), les GIE (Groupement d'Intérêt Economique). On dénombre aussi des tontines (Mbootay), des formes de mutuelles (groupements d'entraide) comme les Dahiras²¹ et des coopératives traditionnelles. Mais il n'y a pas de structures de solidarité de prévoyance « spécialisées » en matière de santé. Néanmoins, les populations comprennent la nécessité de créer une mutuelle de santé.

Le regroupement des populations en associations témoigne de la volonté des membres de lutter contre l'état de pauvreté par le biais de la solidarité. Ils ont ainsi un accès plus facile aux crédits pour financer leurs projets rentables économiquement.

Recommandations : Faire des campagnes de sensibilisation et d'explication des principes et objectifs de prévention des risques financiers liés à la maladie de la mutuelle de santé.

²¹ Regroupement de fidèles musulmans unis en solidarité mutuelle intervenant surtout dans le domaine religieux. Ce regroupement vient en aide aux membres en cas de dépenses pour mariage, décès, maladies...

Confiance envers les initiateurs du projet – Environnement

Ce projet de création d'une mutuelle de santé pour les populations de la CRD est une initiative de World Vision Sénégal, ADP Diakhao. World Vision (ou Vision Mondiale) est une organisation chrétienne qui œuvre pour le bien-être des populations, des enfants en particulier. A travers ces programmes de développement transformationnel, WVS vise à autonomiser les populations pour la satisfaction des besoins essentiels de l'être humain.

Présente à Diakhao, son action se fait à travers les OVD (Organisations villageoises de développement). Il s'agit de regroupement par village de personnes adhérentes aux activités de l'ADP.

Sa présence et le développement des activités de l'ADP Diakhao montre bien son acceptation de la part des populations et la confiance que celles-ci lui vouent.

Dynamique de développement économique au niveau local

Comme, nous l'avons vu plus haut, l'ADP participe au développement économique de Diakhao par le financement des AGR (Activités Génératrices de Revenus), des ateliers de formation, approvisionnement en semences, prises en charge de la formation professionnelle. En plus de WVS, nous notons la présence d'autres partenaires au développement comme une banque de micro-crédits.

7. Offre de soins disponibles et besoins prioritaires

Comme nous l'avons vu plus haut, l'existence d'une offre de santé est l'une des conditions préalables à toute initiative de mise en place d'une mutuelle de santé. Il faut ensuite vérifier l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins des populations concernées.

7.1. L'offre de soins

Il s'agira ici de répondre aux questions suivantes :

- Existe-il des services de santé qui répondent aux normes de qualité conventionnelle ?
- Les services de santé et les prestations de soins sont-elles de qualité acceptables pour les populations ?
- Sont-elles accessibles aux populations

La Communauté rurale de Diakhao compte en son sein 2 postes de santé : un à Diakhao, le chef-lieu de la communauté rurale, l'autre à Thiaré Ndiargui. Il y a des cases de santé mais non fonctionnelles.

Tableau 4: Composition et effectif du personnel des Postes de santé

Catégories	Diakhao			Thiaré Ndiargui		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
ICP	01		01	01		01
Matrones		03	03		02	02
ASC ²²	01		01			
Total	02	03	05	01	02	03

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Tableau 5: Capacité d'accueil des structures

	Diakhao	Thiaré Ndiargui
Salle de consultation	✓	✓
Salle d'observation	✓	✓
Salle d'accouchement	Maternité	✓
Pharmacie	✓	✓
Salle d'attente		✓
Nombre de lits	4	6

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

²² Agent de Santé Communautaire

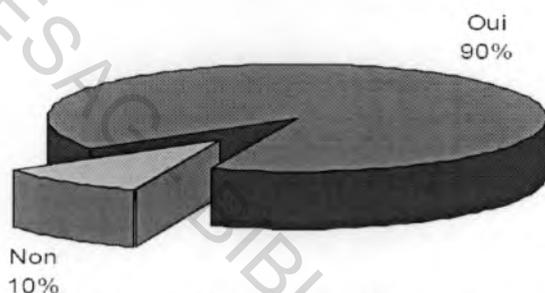
Vu le profil épidémiologique de la zone, les infrastructures de base nécessaires sont disponibles, mais dans seulement deux villages. Les référencement se font vers le district de santé de Fatick (à 22 km) ou à l'hôpital de Diourbel (à 20 km).

L'enquête auprès des ménages montre que, sur 209 derniers cas de maladie, 188 (soit 90%) ont été l'objet de recherche de soins. Les 21 autres cas de maladie (soit 10%) ne sont pas allés à la recherche de soins. Cela signifie en clair, comme nous le montre le tableau ci-dessous, que sur 10 personnes malades 9 vont à la recherche de soin.

Tableau 6: Recherche de soins pour le dernier cas de maladie

Soins	Effectif	Pourcentage
Non	21	10%
Oui	188	90%
Total	209	100%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS



Graphique 1: Recherche de soins pour le dernier cas de maladie

Mais quelles sont les composantes de cette offre qui motivent 9 personnes sur 10 à aller à la recherche de soins en cas de maladie ? Le tableau ci-dessous issu des données prélevées par l'enquête nous donne les éléments de réponse.

Tableau 7: Choix et facteurs influençant le premier recours pour soins

Premier Recours	Facteurs motivant le plus le premier recours								Total
	Qualité prestations	Coûts abordables	Facilités paiement	Manque d'argent	Proximité	Tradition	Urgence	Autres	
Automédication								1	1
Case de santé		1							1
Hôpital	23	1			3		3	1	31
Poste Santé	120	2	3		10			5	140
Structure Privée	2	1							3
Tradipraticien		3		1		2		4	10
Autres								2	2
Total	145	8	3	1	13	2	3	13	188

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

La lecture de ce tableau nous révèle que les structures les plus fréquentées pour les premiers recours sont les postes de santé avec une proportion de 74,5% et les hôpitaux (celui de Fatick et de Diourbel) avec 16,5% des premiers recours. Puis viennent les tradipraticiens qui occupent

7. Offre de soins disponibles et besoins prioritaires

les 5,3% des premiers recours. La fréquentation des postes de santé s'explique à 85,7% par la qualité (perçue par les ménages) de leurs prestations et à 7,1% par leurs proximités. La fréquentation des hôpitaux de Fatick et de Diourbel se justifie à 74,2% par la qualité de leur prestation et 9,7% par la proximité de ces structures et à 9,7% par le caractère urgent des cas de maladie.

Ces résultats privilégient les postes de santé de Diakhao et de Thiaré dans le choix des prestataires de soins de santé avec lesquels la future mutuelle aura des conventions. Nous laissons les hôpitaux de Fatick et de Diourbel car, même s'ils font l'objet de premiers recours et de référencement, il serait bien pour cette mutuelle naissante d'acquiescer d'abord de l'expérience dans la gestion et la maîtrise des coûts avant d'étendre sa couverture à ces hôpitaux, ce qui entraînerait la hausse de la prime²³.

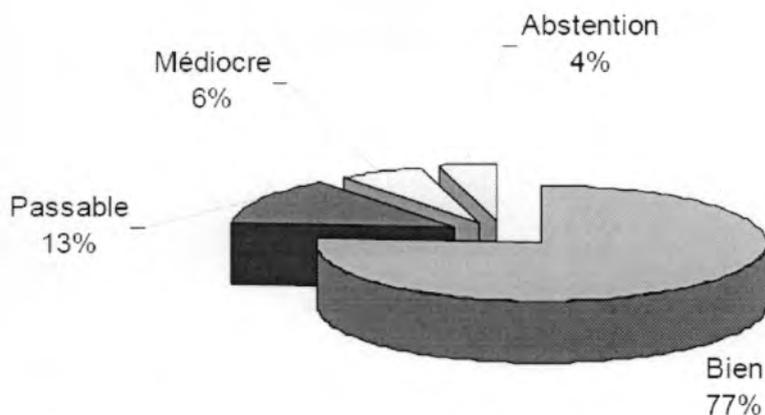
Une analyse plus poussée de la qualité perçue des prestations de santé au niveau des postes de santé nous donne le tableau suivant :

Tableau 8: Qualité perçue par les ménages des prestations de santé aux postes de santé

Appréciations	Accueil	Compé- tence	Attention	Ponctua- lité	Disponi- bilité	Equipe- ment	Propreté	Médica- ment	Appréciation globale
Bien	76%	88%	89%	77%	78%	56%	69%	78%	77%
Passable	14%	8%	8%	14%	13%	18%	14%	18%	13%
Médiocre	9%	2%	2%	5%	6%	11%	11%	3%	6%
Abstention	1%	1%	1%	4%	2%	16%	6%	1%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

A part les critères Equipement, Propreté et Accueil qui devraient retenir l'attention de la future mutuelle et des Comités de santé, dans l'ensemble, l'appréciation est bonne auprès de 77% des voix.

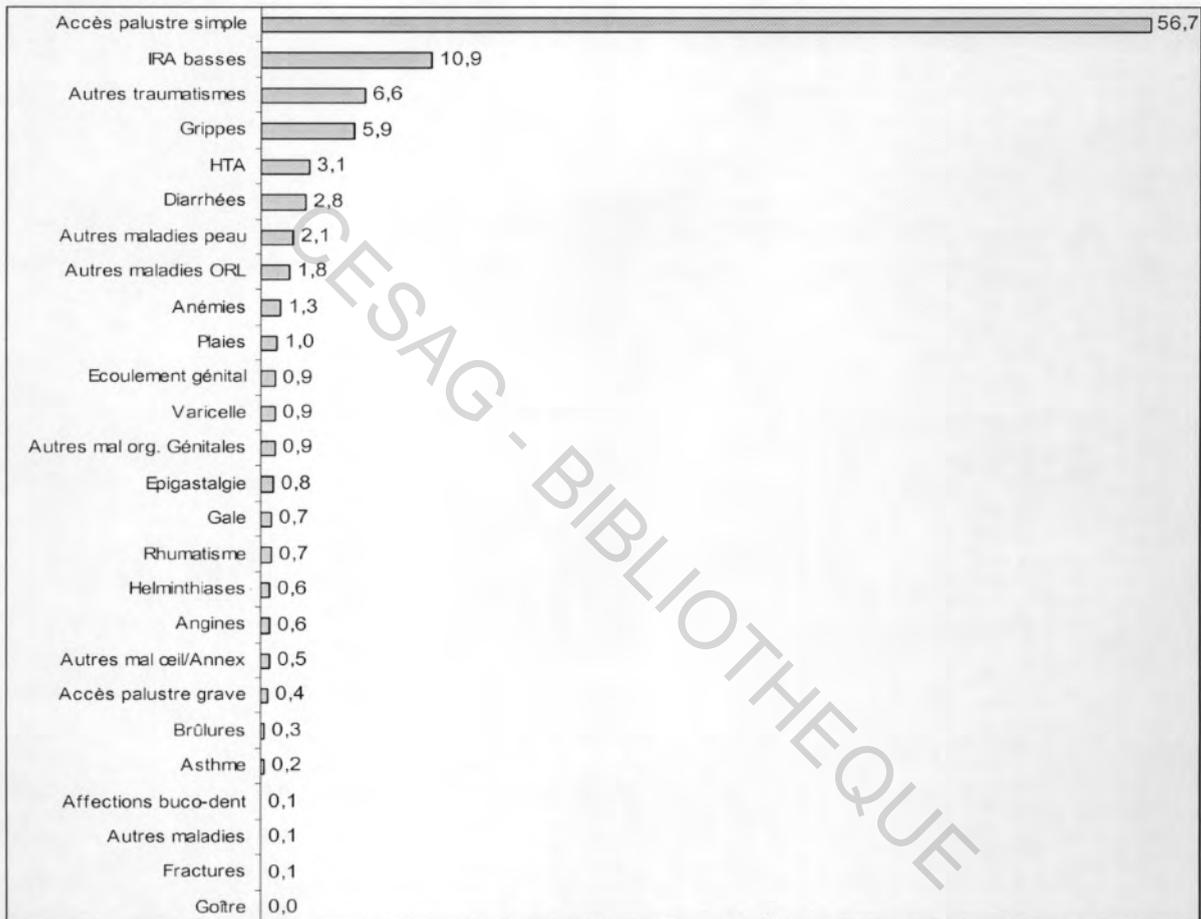


Graphique 2: Appréciation de la qualité de l'offre des postes de santé

²³ Ou cotisations des adhérents

7.2. Besoins prioritaires face aux risques maladie

Le profil épidémiologique de la communauté rurale de Diakhao est à l'image de celui du pays à quelques variantes près. Selon le graphique 3 ci-dessous la morbidité est principalement paludéenne avec 56,7% des cas reçu au niveau du poste de santé de Diakhao. Puis viennent les IRA²⁴ avec 10,9%, les traumatismes avec 6,6%, les gripes avec 5,9%, les HTA²⁵ avec 3,1% et les maladies diarrhéiques avec 2,8%.

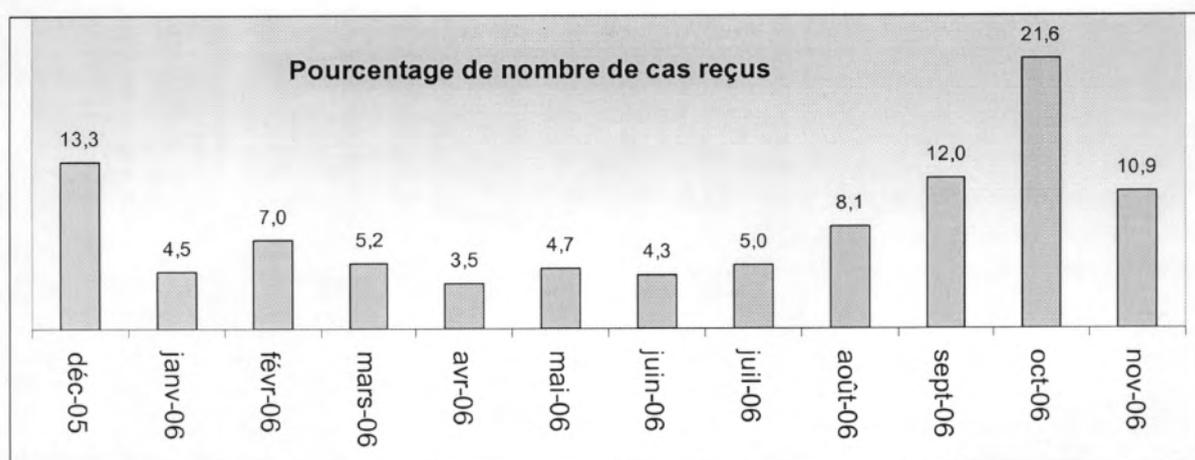


Graphique 3: Répartition (en pourcentage) par pathologie des cas de maladie reçus au poste de santé de Diakhao

La période d'août à décembre est la période où l'on rencontre le plus de cas de maladie, comme nous le montre le graphique 4. 66,5% de ces cas sont des accès palustres. Puis viennent les infections respiratoires (8,3%), la grippe (4,0%) et les autres traumatismes (6,7%). Ce sont les enfants puis les femmes qui en souffrent le plus avec respectivement ... % des cas.

²⁴ Infections Respiratoires aiguës

²⁵ Hypertension ou Hypotension Artérielles



Graphique 4: Répartition par mois des cas de maladie reçus

Cet état de morbidité s'explique par le manque d'hygiène, le non traitement des ordures ménagères et la constitution des gîtes larvaires qui favorisent la prolifération des moustiques pendant la période pluvieuse (de juillet à décembre) pour le paludisme et la présence de poussière dans l'air chaud et sec d'avril à août pour les maladies respiratoires dont la contagions se fait par voie orale.

Après avoir présenté l'état de l'offre et des besoins prioritaires face aux risques maladie, nous allons nous pencher maintenant sur les différents aspects de la faisabilité, savoir la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle, la faisabilité financière avant de formuler les différents scénarii des couples cotisation/prestation.

8. Analyse des différentes dimensions de la faisabilité

8.1. La faisabilité sociale

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

8.1.1. La dynamique organisationnelle et associative

La communauté rurale de Diakhao (CRD) enregistre plusieurs organisations associatives dont les OVD²⁶ (les populations s'organisant pour participer aux activités de développement initiées par Vision Mondiale) regroupées au sein de l'UOVDD²⁷, les GPF (Groupement de Promotion Féminine qui démontrent leurs savoirs faire dans les domaines de la gestion des équipements, petit commerce, partenariat avec les mutuelles et les ONG et l'esprit d'initiative), les GIE (Groupement d'Intérêt Economique). On dénombre aussi des tontines (Mbootay), des formes de mutuelles (groupements d'entraide) comme les Dahiras²⁸ et des coopératives traditionnelles.

Tableau 9: Participation à la vie associative

Nombre d'associations par individu	Nombre d'individus		Total association	Total cotisation	Cotisation total par individu	Cotisation moyenne par association
	Effectif	%				
1	110	53%	110	227 575	2 069	2 069
2	39	19%	78	127 000	3 256	1 628
3	4	2%	12	25 350	6 338	2 113
4	2	1%	8	5 700	2 850	713
0	54	26%	-	-	-	-
Total	209	100%	208	385 625		
Moyenne			1,00		1 845	1 854

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

L'analyse de ce tableau nous révèle que 26% des 209 personnes enquêtées n'ont adhéré à aucun mouvement associatif. Les 74% autres, soit 155²⁹ personnes sont membres de 208 regroupements associatifs. Soit environ 1,34 associations par personne active ou 1,00 par personne enquêtée.

²⁶ Organisation Villageoise de Développement

²⁷ Union des OVD de Diakhao

²⁸ Regroupement de fidèles musulmans unis en solidarité mutuelle intervenant surtout dans le domaine religieux. Ce regroupement vient en aide aux membres en cas de dépenses pour mariage, décès, maladies...

²⁹ Voir annexe : Tableau : Participation à la vie associative 2

La cotisation moyenne annuelle par association s'élève ainsi à 1 854 FCFA et chaque personne active verse en moyenne la somme de 2 488 FCFA comme cotisation annuelle.

Le regroupement des populations en associations témoigne de la volonté des membres de lutter contre l'état de pauvreté par le biais de la solidarité. Ils ont ainsi un accès plus facile aux crédits pour financer leurs projets rentables économiquement. Le nombre élevé d'associations sociales à la base et d'associations au second degré – comme l'union des OVD – montre également un potentiel organisationnel important et une dynamique de solidarité agissante.

Mais il n'y a pas de structures de solidarité de prévoyance « spécialisées » en matière de santé. Seulement 44% des enquêtés ont entendu parler de mutuelle de santé. Néanmoins, les populations comprennent la nécessité de créer une mutuelle de santé. Ils ont à 100% répondu « oui » à la question : « Cela vous paraît-il nécessaire d'organiser la solidarité au sein de la communauté pour faciliter l'accès au soin de santé ? ».

Les intentions d'adhésion concernent 99,5% des personnes enquêtées. Le pourcentage de bénéficiaires souhaités par ménage est donné par les tableaux ci-dessous.

Tableau 10: Intention de couverture par ménage enquêté

Classes	Fréquence	%
[0 25%]	6	2,9%
[25% 50%]	15	7,4%
[50% 75%]	19	9,3%
[75% 100%]	164	80,4%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Sur 204 ménages qui ont souhaité adhérer à la future mutuelle, 164 soit 80,4% ont souhaité une couverture supérieure à 75% sur leur ménage, dont 152 soit 74,5% ont souhaité une couverture à 100% sur leur ménage.

Nous recommandons des campagnes de sensibilisation et d'explication des principes et objectifs de prévention des risques financiers liés à la maladie de la mutuelle de santé.

8.1.2. Facteurs sociaux culturels

Toute la population de Diakhao est Sérère et est issue du même milieu culturel. Cette population cible appartient à une même communauté. Ils sont donc en parfaite entente. Les concessions contiennent plusieurs familles restreintes (Les parents, leurs enfants avec leurs conjoints et leurs petits enfants habitent ensemble). Cela sous-tend un fort lien de parenté. Les causeries et enquêtes ont révélé aussi l'existence de beaucoup d'associations socioéconomiques, culturelles et religieuses.

L'appartenance à la même religion (97,6%), ethnie et au même milieu culturel a permis au sein de la communauté de Diakhao, un fort degré de cohésion sociale.

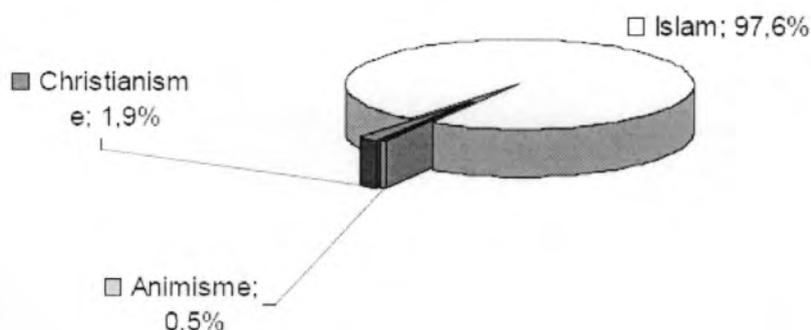


Figure 3: Répartition selon la religion

8.2. La faisabilité économique

Ce volet de l'étude de faisabilité a pour but de faire ressortir le potentiel économique des populations, leur capacité contributive, de financement des soins et leurs différentes intentions de cotisation.

8.2.1 Potentiel économique

Selon les enquêtes, les ménages ont déclaré avoir une consommation globale annuelle moyenne de 893 542 FCFA, ce qui correspond à 79 528 F par individu avec 76,2%³⁰ ayant une consommation annuelle inférieure à 100 000 F dont 48,8% dans la tranche [50 000 F – 100 000 F]. Cette consommation moyenne est supérieure au revenu annuel moyen déclaré qui s'élève à 68 681 F par individu.

Ce constat n'est pas tellement surprenant. Il fallait s'y attendre puisque l'expérience a montré que les personnes enquêtées ont très souvent tendance à sous-estimer leur revenu par principe de confidentialité. De ce fait, les données relatives à la consommation sont celles qui s'approchent le plus de la réalité.

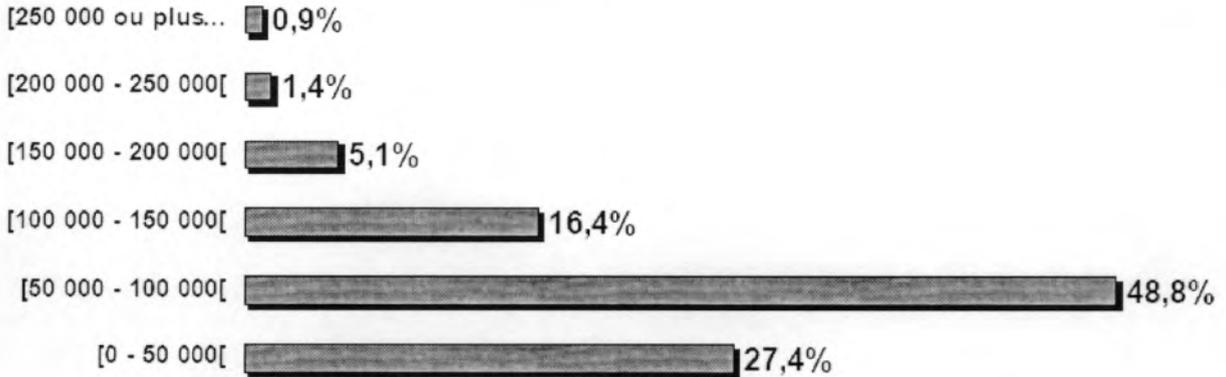
L'enquête a aussi révélé que les ménages consacrent 7,6% de leurs consommations annuelles aux dépenses de santé.

Tableau 11: Revenus et dépenses

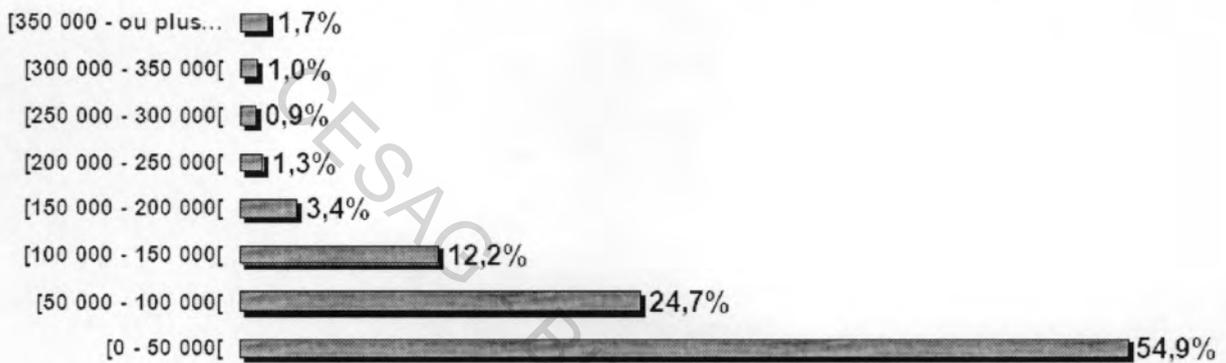
	Revenu annuel déclaré	Consommation annuelle déclarée	Dépenses annuelles de santé	% des dépenses de santé sur le revenu	% des dépenses de santé sur la consommation
Par ménage	764 629 F	893 542 F	59 049 F		
Par individu	68 381 F	79 528 F	6 867 F	17,6%	7,6%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

³⁰ Annexe, Tableau 20 : Effectif en % des ménages par classe de Consommation annuelles

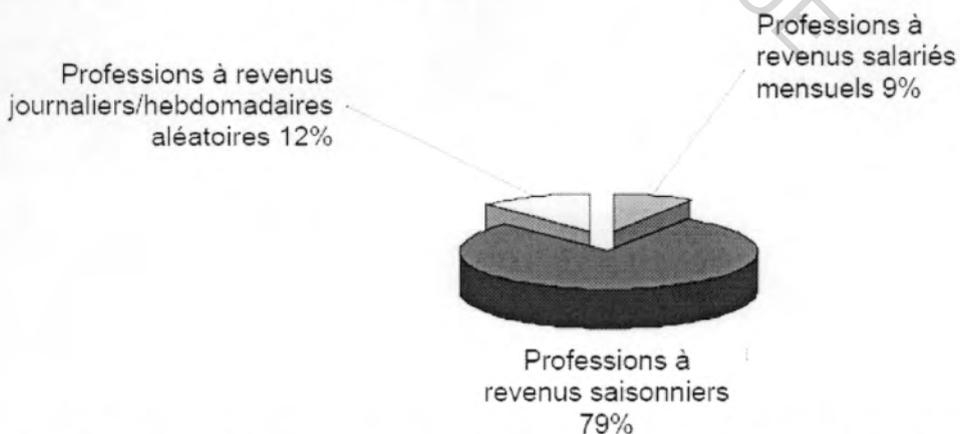


Graphique 5: Effectif en % des ménages par classe de Consommation annuelles



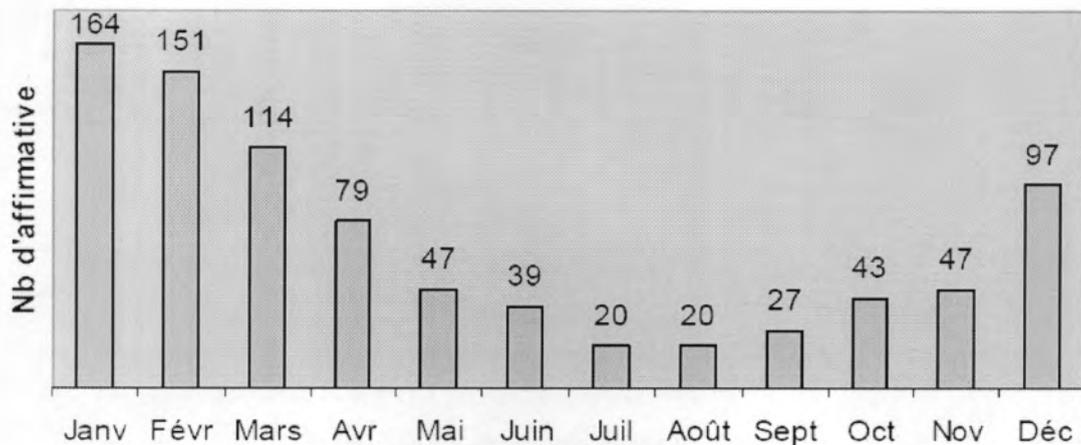
Graphique 6: Effectif en % des ménages par classe de revenus annuels

L'analyse de ces études nous montre que la plupart des revenus est le fruit d'activités professionnelles saisonnières comme l'agriculture et l'élevage. Elles concernent les 79% des ménages. En seconde position on a les professions journalières et hebdomadaires – aléatoires – comme le commerce, le transport, les professions artisanales, etc. avec 12% des ménages.



Graphique 7: Répartition des sources majeures de revenus selon le type de profession

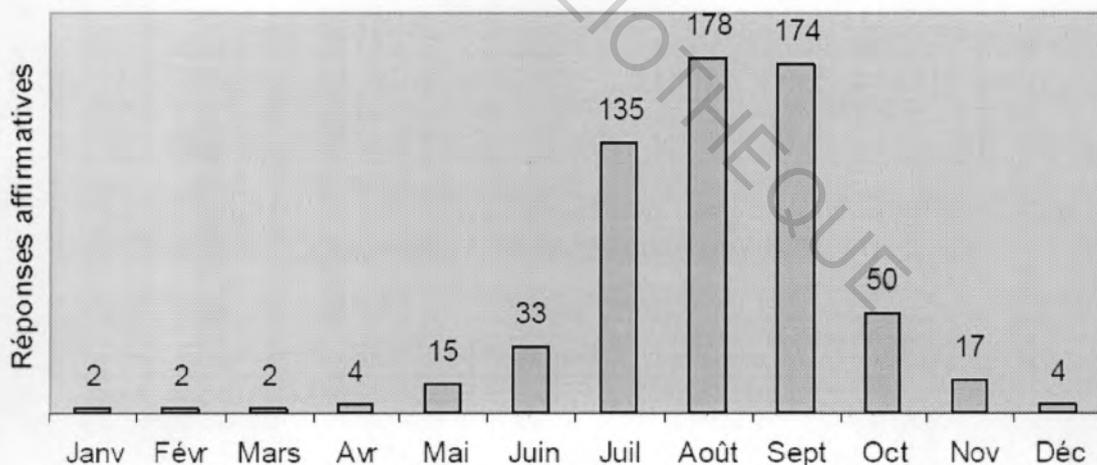
Le graphique suivant répond à la question : « Quels sont les mois durant lesquels vos revenus sont les plus importants ? »



Graphique 8: Période "vaches grasses"

A la vue de ce graphique, nous pouvons aisément affirmer que la période « vache grasse » - où les revenus sont les plus importants - s'étend de décembre à avril avec respectivement 164 (78,5%) et 151 (72,2%) voix sur 209 en janvier et en février.

A l'opposé, la période que nous appellerons « vaches maigres », période où la prise en charge financière des malades devient difficile, s'étend principalement de Juillet à Septembre, comme nous le montre le graphique ci-dessous. Cela s'explique par la rareté des revenus (période de soudure) et par le fait que la charge morbide est plus importante à cette période.



Graphique 9: Période "vaches maigres"

8.2.2. La capacité contributive, de financement des soins et leurs différentes intentions de cotisation

Toute organisation mutualiste repose sur le paiement continu des cotisations, faute de quoi sa pérennité est fortement mise en cause. Ainsi, la capacité contributive des futurs adhérents est un volet très important pour la mutuelle naissante.

Il est clair que la capacité contributive des futurs adhérents va dépendre de leurs revenus. Il est donc important de prendre en compte la saisonnalité des revenus des ménages lors de la fixation des modalités de cotisation. En l'état actuel, les enquêtes révèlent que les ménages consacrent en moyenne 6 867 F chaque année pour l'achat de médicaments par cas de maladie.

Tableau 12: Dépenses en médicaments par type de recours

1er Recours	Total des recours		Dépenses en médicaments		
	Effectif	%	Globales	%	Moyennes
Automédication	3	1,5%	8 500	0,6%	2 833
Case de santé	1	0,5%	18 000	1,4%	18 000
Hôpital	31	16,0%	737 250	55,3%	23 782
Poste Santé	136	70,1%	469 265	35,2%	3 450
Privé	3	1,5%	8 600	0,6%	2 867
Tradipraticien	7	3,6%	14 650	1,1%	2 093
(vide)	13	6,7%	75 920	5,7%	5 840
Total	194	100%	1 332 185	100,0%	6 867

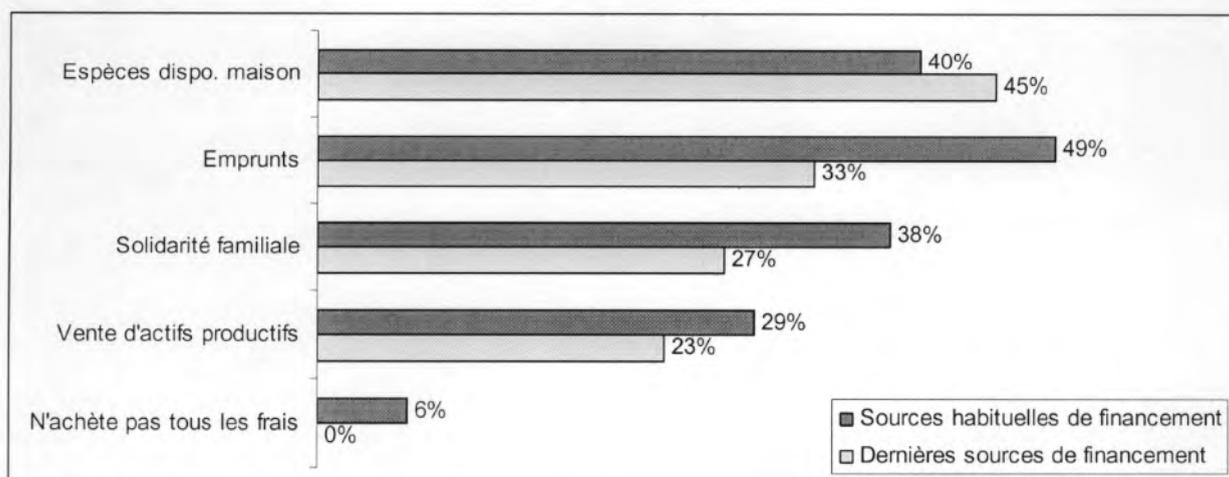
Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Les sources de financement des dépenses de santé par les ménages nous permettent aussi d'apprécier leur capacité contributive. Faisons l'analyse du tableau ci-dessous.

Tableau 13: Moyens de financement des dépenses de santé

	Dernières sources de financement		Sources habituelles de financement	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Espèces dispo. maison	95	45%	84	40%
Emprunts	68	33%	103	49%
Solidarité familiale	57	27%	79	38%
Vente d'actifs productifs	48	23%	60	29%
N'achète pas tous les frais	0	0%	13	6%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS



Graphique 10: Moyens de financement des dépenses de santé

8. Analyse des différentes dimensions de la faisabilité

Les résultats nous montrent que lors du dernier cas de maladie, les espèces disponibles à la maison ont constitué la première source de financement avec 45% des réponses, suivis des emprunts et de la solidarité familiale avec respectivement 33% et 27% des réponses. Quand ces moyens ne sont pas suffisants 23% des enquêtes se trouvent dans l'obligation de vendre une partie de leurs actifs productifs.

L'analyse des sources habituelles de financement place les emprunts comme source première de financement des soins de santé avec 49% des réponses. Cette situation trouve son explication dans ce qui suit. Jugeant leur revenu insuffisant, les ménages n'ont recours aux services de santé que lorsque le cas de maladie devient critique. Ainsi les frais de traitement s'en trouvent élevés. Ces ménages se trouvant donc dans l'incapacité de financer à partir de leurs ressources disponibles en espèces sont obligés de s'endetter surtout quand on se trouve en période de « vaches maigres ».

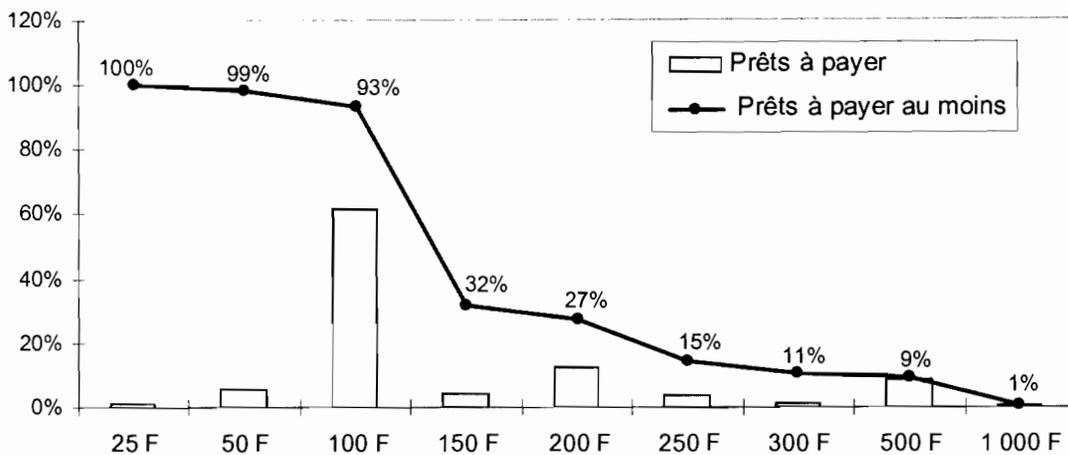
De ce qui précède, il est justifié que la communauté initie une couverture médicale car les revenus sont très fluctuant liés à la manne du ciel du fait de la nature du secteur économique dans lequel les populations évoluent. Les autres sources telles que la solidarité familiale et les actifs productifs ne font qu'attester l'état précaire du financement des soins et donc la nécessité de mettre en place un système de protection sociale adapté aux besoins et capacités contributives des membres.

Par rapport aux différents montants de cotisation, les personnes interrogées ont proposé en moyenne 159 F par bénéficiaire et par mois.

Tableau 14: Disposition à payer

Cotisation	Effectif	%	Personnes prêtes à payer au moins	Total
25	3	1,5%	100,0%	75
50	11	5,3%	98,5%	550
100	127	61,7%	93,2%	12 700
150	9	4,4%	31,6%	1 350
200	26	12,6%	27,2%	5 200
250	8	3,9%	14,6%	2 000
300	3	1,5%	10,7%	900
500	18	8,7%	9,2%	9 000
1000	1	0,5%	0,5%	1 000
(vide)	3			
Total	206			32 775
Moyenne				159

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS



Graphique 11: Niveau de la disposition à payer

Mais, à l'analyse du tableau ci-dessus, cette moyenne cache des disparités souvent très grandes. En effet, alors que 61,7% des personnes interrogées souhaitent une cotisation de 100 F, 27% sont prêtes à payer le double ou plus, c'est-à-dire au moins 200 F.

Le tableau suivant nous montre que 72% des enquêtés souhaitent payer leurs cotisations mensuellement. Mais l'effet de réalisme aidant, nous pensons que les adhérents comprendront et accepteront de s'aligner sur les montants et modalités de paiement qui seront proposés tenant compte du contexte.

Tableau 15: Modalité de paiement des cotisations souhaitées

Modalité	Effectif	Pourcentage
Annuelle	22	11%
Bimensuelle	22	11%
Mensuelle	142	72%
Semestrielle	1	1%
Trimestrielle	10	5%
(vide)	12	
Total	197	

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

8.3. La faisabilité institutionnelle

L'initiative de mettre en place une mutuelle de santé a été inspiré par l'ADP³¹ de Diakhao, une sous base de World Vision Sénégal. World Vision Sénégal fait partie d'un partenariat

³¹ Area Development Project

international de World Vision, une des organisations d'aide humanitaire et de développement les plus importantes dans le monde.

Pour offrir des services efficaces et rentables, World Vision Sénégal s'associe aux communautés, aux églises, au gouvernement et aux autres organismes d'aide. C'est dans cette lancée que pour offrir ses services, l'ADP de Diakhao a incité les villages et hameaux de la Communauté à s'organiser en Organisation Villageoise de Développement (OVD), un OVD par village. Ces OVD se sont fédérées par la suite en Union des OVD de Diakhao (UOVDD). Certes la future mutuelle sera ouverte à toute la population de Diakhao, mais elle reposera sur l'UOVDD.

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

8.3.1. La capacité institutionnelle de l'UOVDD

L'Union des OVD de Diakhao, créée le 22 décembre 2004, est une organisation à but non lucrative dont les activités visent principalement le développement économique et social de Diakhao. Elle est constituée de 23 Organisations Villageoises de Développement. Elle bénéficie d'un local qui abrite ses activités et compte aujourd'hui plus de 1089 membres répartis dans ses 23 OVD, une OVD par village. Les organes de l'Union sont :

- Une assemblée générale composée de l'ensemble des membres des OVD de l'Union
- Un bureau exécutif composé de 12 membres qui sont le Président, le Vice Président, le Trésorier et son adjoint, le secrétaire général et son adjoint, le secrétaire à l'organisation et des Présidents des 6 commissions
- 6 Commissions (santé, Hydraulique, Education, Agriculture et environnement, Développement économique et social, Parrainage).

L'Union, dont le but est de lutter contre la pauvreté et dont les actions s'étendent dans les différents secteurs que se répartissent les différentes Commissions, dispose d'un compte d'épargne fournit par les cotisations, les produits de vente des cartes de membre, les bénéfices des activités génératrices de revenus et des subventions accordées par WVS.

Cette union a une bonne expérience en matière de sensibilisation qu'elle organise à travers des causeries thématiques généralement axées sur des problèmes d'actualité. L'UOVDD est prête, avec l'aide de Diakhao ADP et d'autres partenaires au développement, à fournir le local et les ressources humaines et matérielles nécessaires au bon fonctionnement de la mutuelle jusqu'à son autonomie complète.

Tableau 16: Liste des OVD (Recensement 2006)

Villages	Effectif	Villages	Effectif
Mbotil Ndone	106	Boof Poupouye	69
Diock	16	Boof Louloum	30
Ndjilasse Serere	59	Sandock	23
Ndoffane Made	93	Marane	55
Nguekokh	35	Mbamane	93
Mone Khale	46	Ndoffene	53
Thiouthioune	26	Thiare Ngolgui	21
Ndielem Farba	27	Ndjilas Thieurigne	11
Ndjilasse Keur Bissick	34	Diakhao	86
Maroneme	69	Thiare Ndiagui	108
Toffaye	19	Ndjilem Soup	10
Total			1 089

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

8.3.2. La volonté de collaboration des structures sanitaires

Il ressort des interviews que nous avons eues avec les responsables des structures sanitaires que les Postes de santé de Diakhao et de Thiaré sont prêts à apporter leur appui à la future mutuelle de santé. Cette volonté de collaboration est un point très positif car la mise en place d'une mutuelle de santé ne peut se faire que dans un environnement où les structures de soins sont en parfaite adéquation avec les initiatives des populations pour assurer la couverture contre les risques financiers liés à la maladie. Ces responsables y trouvent leurs intérêts puisque ce système facilitera l'accès aux services de soins de santé et le recouvrement des coûts. Cette initiative, c'est le cas de le dire, vient en complément des efforts déployés par l'Etat et les partenaires au développement dans l'amélioration de l'accessibilité au soins de santé et dans le financement du système de santé.

Les responsables des postes de santé proposent de recevoir les bénéficiaires de la mutuelle qui recevront les soins gratuitement. Et toutes les fins de mois une facturation sera faite et envoyée à la mutuelle qui fera le règlement du montant facturé. La collaboration de ces responsables se traduit aussi par leur volonté de lutter contre les fraudes et les surconsommations des prestations de soin de la part des adhérents et de faire plus attention de leur côté pour éviter les surprescriptions. Ceci pour éviter l'escalade des coûts qui serait fatale à la future mutuelle.

8.3. La faisabilité financière

La **faisabilité financière** vise à examiner les conditions de viabilité financière du projet de microassurance santé. Suite aux données de la faisabilité financière le comité d'initiative peut proposer des scénarii qui résument les différentes possibilités de cotisations et prestations.

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

Tout au long de notre étude financière nous allons présenter les prestations souhaitées, déterminer le coût moyen de la prestation qui aura été retenu eut égard au contexte, calculer la prime adéquate donc, et enfin proposer des scénarii des couples cotisation/prestation de la mutuelle.

8.3.1. Prestations souhaitées

Lors des enquêtes ménage, les personnes interrogées se sont prononcées sur les prestations qu'elles souhaiteraient que la future mutuelle couvre. Le tableau suivant nous donne idée des prestations souhaitées.

Tableau 17: Prestations souhaitées

Prestations souhaitées	Pourcentage
Médicaments	95%
Transport et évacuations	90%
Hospitalisations	79%
Accouchement	77%
Consultations	69%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

L'examen de ce tableau, dont les prestations présentées sont classées par importance de souhait, nous montre que les personnes interrogées souhaiteraient, en premier lieu, que les frais des ordonnances (Médicaments) soit prise en charge par la mutuelle. En effet, les Médicaments constituent la première barrière à l'accès aux soins de santé. Ils constituent un

important risque financier pour les ménages car ces Médicaments présentent les coûts les plus élevés dans la prise en charge des malades.

Après les médicaments, le choix est porté sur les Transports et évacuations, avec 90% des voix, car ils représentent le deuxième problème d'accessibilité aux structures de soins de santé. Les populations n'ayant pas de structure sanitaire dans leur village se plaignent de la cherté du coût du transport et de la difficulté qu'ils rencontrent pour se rendre au poste de santé le plus proche à cause du manque de moyen de transport pour l'évacuation des malades. A défaut d'automobile, les populations ont recours aux charrettes hippomobiles qui se révèlent, elles aussi, rares et non confortables. A ce niveau, ils ont beaucoup souhaité la disponibilité d'une ambulance dans la communauté.

Puis viennent les hospitalisations, les accouchements et les consultations dont les coûts sont de moins en moins élevés. Le coût de la consultation aux postes de santé varie de 100 F pour la plupart, à 300 F. Les enquêtes nous donne une moyenne de 120 Francs.

Ce qui précède, nous pouvons dire que les choix ont été fait en fonction du coût que représente chaque prestation. Pour tout système d'assurance, la couverture est proportionnelle aux risques ressentis par les adhérents. Appliquer ce concept reviendrait pour la future mutuelle de couvrir les Médicaments, les Transports et évacuations et à la limite les hospitalisations. Mais le dilemme ici est la conjonction de l'objectif premier de la mutuelle qui est de permettre l'accessibilité financière aux soins quelle que soit leur nature et sa viabilité en tant que système d'assurance. Or dans cette communauté rurale comme dans nos pays subsahariens, l'accessibilité aux soins de santé primaire pose déjà un problème financier que nos dirigeants tentent de résoudre. L'hospitalisation n'intervient que lorsque la maladie a atteint un stade plus évolué et donc nécessite des soins plus intenses et plus chers.

C'est ce qui explique en partie le choix des Transports et évacuations et des Hospitalisation dans les prestations souhaitées. En effet, nombre de personne parmi la population n'a recours aux structures de soins que lorsque le cas de maladie devient « sérieux ». Il en résulte que le stade qu'a atteint la maladie requiert des compétences d'un niveau supérieur à celui d'un poste de santé. Il faut donc évacuer le malade vers un centre de santé ou un hôpital. Ce qui engendre des frais d'évacuation et d'hospitalisation. Pour les cas qui peuvent être traités au poste de santé, les soins seront évidemment coûteux.

Pour notre mutuelle, qui est naissante, nous proposons la prise en charge des frais de médicaments prescrit au niveau des postes de santé, c'est-à-dire la prise en charge des soins de santé primaires. La mutuelle pourra ensuite, avec l'expérience qu'elle aura acquise, étendre sa couverture aux autres prestations. Ainsi, dès la mise en place de notre mutuelle, elle pourra

faciliter en grande partie l'accès aux soins de santé primaires, aux postes de santé. Ce qui aurait pour conséquence de faire baisser le coût moyen du traitement qui s'élève en ce moment à 6 867 F et la fréquence des référencement vers les hôpitaux de Fatick ou de Diourbel.

1erRecours	Total des recours		Dépenses en médicaments		
	Effectif	%	Globales	%	Moyennes
Automédication	3	1,5%	8 500	0,6%	2 833
Case de santé	1	0,5%	18 000	1,4%	18 000
Hôpital	31	16,0%	737 250	55,3%	23 782
Poste Santé	136	70,1%	469 265	35,2%	3 450
Privé	3	1,5%	8 600	0,6%	2 867
Tradipraticien	7	3,6%	14 650	1,1%	2 093
(vide)	13	6,7%	75 920	5,7%	5 840
Total	194	100%	1 332 185	100%	6 867

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Ce principe étant adopté, nous nous évertuerons maintenant à déterminer le coût moyen par traitement, la prime ou cotisation et proposerons les différents scénarii.

8.3.2. Détermination du coût moyen par traitement

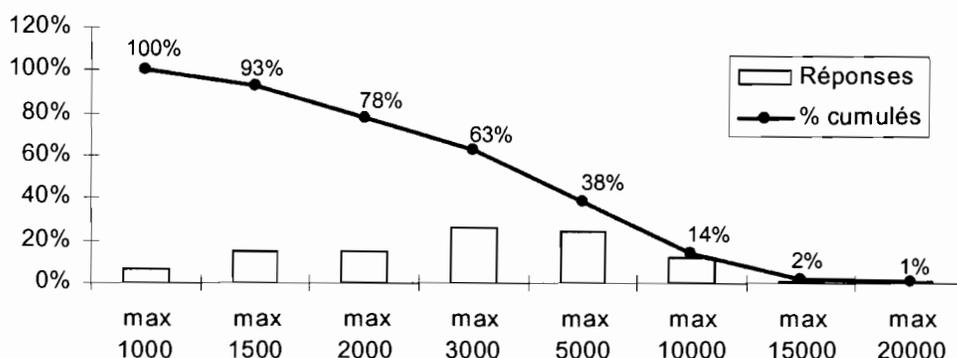
8.3.2.1. Optique ménage

Tableau 18: Statistiques sur les dépenses en médicaments prescrits par le poste de santé

Moyenne	3450,477941
Médiane	3000
Mode	3000
Minimum	500
Maximum	16500

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Les statistiques (tableau ci-dessus) nous montrent qu'en moyenne, pour les personnes qui sont traitées aux postes de santé, les dépenses en médicament s'élèvent à **3 450 FCFA**. De ces statistiques nous voyons que cette moyenne cache des disparités que nous n'allons pas commenter ici. Retenons que la plupart des personnes interrogées (63%, tableau ci-dessous) ne paie pas plus de 3000 F par ordonnance.



Graphique 12: Dépenses par traitement prescrit par le poste de santé

8.3.2.2. Optique prestataires de soins

Le calcul se fera ainsi :

- Evaluer le coût moyen de traitement par pathologie reçu au poste de santé
- Compter le nombre de cas reçus par pathologie
- Calculer la dépense totale par pathologie
- Sommer les dépenses par pathologie pour trouver la dépense globale
- Diviser la dépense globale par le nombre le nombre total de cas reçus pour obtenir le coût moyen de traitement par cas de maladie

Les coûts moyens par pathologie ont été obtenus lors d'entretien avec les ICP. La revue documentaire nous a fournis les données relatives aux nombres de cas reçus par pathologie. La méthodologie de calcul nous permet d'obtenir qu'en moyenne, le coût du traitement par cas de maladie s'élève à **1774 FCFA**. Ce qui est pratiquement la moitié de la dépense moyenne déclarée par les ménages.

Ce résultat pourrait trouver des explications valables dans ce qui suit :

- Lors des enquêtes les ménages surestiment leurs dépenses de santé dans le but d'attirer plus d'attention sur leurs conditions
- Les ménages n'ont recours aux soins de santé que lorsque le cas de maladie devient critique. Ce qui nécessitera des soins plus intenses et engendrera des dépenses plus importantes.

8.3.3. Calcul de la prime

La cotisation aussi appelée Prime est une somme d'argent déterminée qui est périodiquement versée par le membre à sa mutuelle de santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier ses ayants droit. Les primes constituent la principale ressource financière de la mutuelle de santé. Elles doivent lui permettre de couvrir ses coûts de fonctionnement, d'assurer le paiement des dépenses des prestations faites par les prestataires de soins au profit de ses membres et de constituer ses fonds de réserves.

Nous obtiendrons le montant de la prime suivant la formule ci-dessous :

Prime	=	Coût moyen prestation	X	Fréquence des cas de maladie	+	Charge de sécurité	+	Frais de fonctionnement	+	Fonds de réserve	
		Prime pure									
		Prime de risque									
		Prime totale ou cotisation									

8.3.3.1. Fréquence des cas de maladie

C'est la fréquence d'occurrence des cas de maladie au sein de la population. Nous n'utiliserons pas le taux de fréquentation actuelle des structures de santé car il peut être une sous-estimation du taux futur de fréquentation. Dès la mise que la future mutuelle commencera à offrir ses services, la fréquentation des structures de santé se rapprochera, comme l'expérience l'a montrée, de la fréquence d'occurrence de cas maladie, s'il n'y a pas abus de consommation des prestations de soins.

La fréquence des cas de maladie s'obtiendra par la formule :

$$\text{Fréquence des cas de maladie} = \frac{\text{Total de cas de maladie}}{\text{Population totale}}$$

Le prélèvement des données lors de notre enquête ménage a concerné une période de deux mois : février et mars. 301 cas de maladie ont été enregistrés pendant cette période. Pour avoir une estimation annuelle de cas de maladie nous n'avons qu'à multiplier 301 par 6. Ce qui nous donne au total 1806 cas de maladies.

Mais, cette estimation comporte un important biais qui nous éloignerait de la réalité. En effet, le graphique 4 nous révèle que sur le total annuel reçu au poste de santé, les cas reçus dans les mois de février et mars représentent 12,14%. Notre précédente estimation sous-entendait que ces deux mois représentaient simplement 2/12, soit 16,67% des cas reçus annuellement. L'écart est de 4,53%, ce qui n'est pas négligeable. Ainsi, notre estimation annuelle corrigée s'obtient par ce calcul : $301 \times (100/12,14)$. Ce qui nous donne **2479** comme **Total de cas de maladie**.

De l'ensemble des ménages enquêtés, nous comptabilisons 2337 personnes. Ainsi

$$\text{Fréquence des cas de maladie} = \frac{\text{Total de cas de maladie}}{\text{Population totale}} = \frac{2479}{2337}$$

La Fréquence des cas de maladie est **106,08%**.

8.3.3.2. Prime pure

La Prime pure, C'est le montant prévisionnel moyen des dépenses de santé prises en charge par le système de microassurance santé, qui est rapporté à chaque individu. Elle est donnée par la formule suivante :

$$\text{Prime pure} = \text{Coût moyen prestation} \times \text{Fréquence des cas de maladie}$$

Pour nos calculs, nous retiendrons le coût moyen par traitement selon l'optique des prestataires de soins. Soit, comme coût moyen des prestations nous avons 1774 FCFA.

La prime pure s'obtient donc par ce calcul : $1774 \text{ FCFA} \times 106,08\%$

Soit la **prime pure** s'élève à **1882 FCFA**.

8.3.3.2. Prime de risque

Comme le calcul de la prime pure repose sur des calculs statistiques prévisionnels, afin de tenir compte des inexactitudes de ces calculs on lui ajoute un montant appelé **charge de sécurité** pour éviter une sous-évaluation du montant de la prime pure. La charge de sécurité permet principalement de se prémunir contre le risque statistique que, dans la population couverte, la proportion de consommateurs de chaque service de santé soit supérieure à la proportion initialement calculée à partir des données de consommation de la population cible.

$$\text{Prime de risque} = \text{Prime pure} + \text{Charge de sécurité}$$

La charge de sécurité sera fixée à 10% de la prime pure.

Les calcul nous donne **Prime de risque = 2070 FCFA**

8.3.3.2. Prime annuelle ou cotisation

$$\text{Cotisation} = \text{Prime de risque} + \text{Frais de fonctionnement} + \text{Fonds de réserve}$$

Les **Frais de fonctionnement** représentent les coûts engendrés pour et par la gestion de la mutuelle. Le BIT recommande que ces coûts n'excèdent pas les 10% des recettes. Ainsi :

$$\text{Frais de fonctionnement} = 10\% \times \text{Prime pure}$$

Les **Fonds de réserve** ou **réserves**, tout court, sont les capitaux propres constitués par le système de microassurance santé pour faire face à des dépenses imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

Pour notre mutuelle, nous constituerons une réserve équivalente à 3 mois³² de la prime pure. Ce montant sera étalé sur toute l'année.

$$\text{Fonds de réserve} = 10\% \times \text{Prime pure}$$

Ainsi nous obtenons comme montant de cotisation la somme de :

$$\text{Cotisation annuelle} = 2070 + 188 + 188$$

$$\boxed{\text{Cotisation annuelle} = 2446 \text{ FCFA}}$$

³² Kigali, Mars 2006, Mutuelles de Santé au Rwanda, Manuel de Formateurs, Ministère de la Santé

8.3.4. Proposition des différents scénarii

Le choix du couple prestations/cotisations repose sur l'élaboration de plusieurs scénarii. Ces différents scénarii doivent prendre en compte l'accessibilité des bénéficiaires aux soins, la logique de l'assurance et le montant de cotisation souhaitée.

Notre mutuelle couvrira les frais des médicaments (MEG³³) des ordonnances issues des consultations et accouchements aux postes de santé, sachant que les prestations offertes par les postes de santé de Diakhao et Thiaré rentrent dans le cadre des soins de santé primaires.

Pour nos scénarii, il s'agira donc de déterminer le niveau des cotisations en fonction des taux de prise en charge des frais de médicaments.

Scénario 1 : Prise en charge totale des coûts de médicaments

Une telle prise en charge demandera aux bénéficiaires une cotisation d'environ 205 FCFA par mois. L'avantage d'un tel scénario est que, une fois acquitté de sa cotisation, le bénéficiaire n'aura plus rien à payer pour avoir ses médicaments prescrits au poste de santé. Cela rendrait la mutuelle très attrayante ! Mais dans un tel cas de figure, d'une part, la mutuelle s'expose grandement au risque de l'escalade des coûts de la part de ses bénéficiaires à jour de cotisation. D'autre part, une telle couverture à 100% suppose un montant de cotisation élevé. Si ce montant est supérieur à la capacité de contribution des adhérents, cela pourrait limiter l'adhésion tout au plus à ceux qui présentent des risques financiers élevés (sélection adverse) et engendrer des difficultés de recouvrement des cotisations.

Scénario 2 : Prise en charge à 90% des coûts de médicaments

Ce cas de figure exige une cotisation moindre : environ 185 FCFA par mois. Mais cette cotisation reste supérieure au montant moyen souhaité (160 FCFA environ). Elle court donc toujours le risque de la sélection adverse mais de façon moindre par rapport au premier scénario. L'avantage est que l'existence d'un copaiement pourrait freiner les surconsommations parce que les assurés – qui doivent « sortir de l'argent de leur poche » – sont incités à limiter leur consommation de soins de santé au strict nécessaire.

Scénario 3 : Prise en charge à 80% des coûts de médicaments

Ce cas de figure, avec une cotisation d'environ 165 F par mois, se rapproche de la cotisation souhaitée. Les risques de sélection adverse et de surconsommation sont encore amoindris et le taux de recouvrement des cotisations se trouvera amélioré.

³³ Médicaments essentiels et génériques

Scénario 4, 5 et 6 : Prise en charge respectivement à 70%, 60% et 50%

Ces scénarii présentent des cotisations inférieures à celle souhaitée. La mutuelle pourrait donc être très attrayante. Ces cas de figure présentent aussi l'avantage d'éliminer de plus en plus les risques de surconsommation et de sélection adverse. Mais le fait de « sortir encore de l'argent de sa poche » risque de nuire à l'attraction de la mutuelle.

Tableau 19: Les différents scénarii

Scénarii	Taux de prise en charge	Prime pure	Charge de sécurité 10%	Coûts de fonctionnement 10%	Excédent 10%	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle
Scénario 1	100%	1 881,8	188,2	188,2	188,2	2 446,3	203,9
Scénario 2	90%	1 693,6	169,4	169,4	169,4	2 201,7	183,5
Scénario 3	80%	1 505,4	150,5	150,5	150,5	1 957,1	163,1
Scénario 4	70%	1 317,3	131,7	131,7	131,7	1 712,4	142,7
Scénario 5	60%	1 129,1	112,9	112,9	112,9	1 467,8	122,3
Scénario 6	50%	940,9	94,1	94,1	94,1	1 223,2	101,9

Nous pourrions encore développer d'autres scénarii. Mais notre tableau ci-dessous nous permet, en nous référant aux critères de tenir compte de la disposition à payer et de limiter les risques encourus par ce genre de système d'assurance santé, de dire que le 3^e scénario est le meilleur.

Toutefois, il faut signaler que nos simulations supposent un taux de recouvrement des cotisations de 100%. Or, vu la précarité des revenus et quelle que soit la scientificité de telles études, on ne peut prédire à 100% de précision le comportement de la population cible³⁴. Ce pourquoi il est recommandé, dès la mise en place de la mutuelle, de la suivre régulièrement et l'évaluer périodiquement afin d'y apporter les corrections éventuelles et de prendre les décisions qui permettront son développement. Etablir des indicateurs et outils de suivi et d'évaluation est donc nécessaire.

³⁴ BIT – STEP. 2005. Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Genève

Conclusion

Avec la suppression de la gratuité des prestations des services de santé et l'application des textes de l'IB qui prévoient un mécanisme de recouvrement des coûts en sollicitant une contribution financière des patients, il nous est apparu nécessaire d'étudier la possibilité d'une forme d'organisation répondant aux soucis de financement de la santé et d'amélioration de l'accès aux soins de santé. C'est surtout cette dernière préoccupation qui a retenu l'attention de l'Union des Organisations Villageoises de Développement de Diakhao, sous l'initiative de l'ADP de Diakhao (World Vision Sénégal), pour l'implantation d'une mutuelle de santé au sein de la communauté rurale de Diakhao.

Cette étude a consisté à rechercher les facteurs de faisabilité (pertinence et viabilité) pour la mise en place de ce système de microassurance santé. Pour se faire, notre démarche méthodologique s'est inspirée de celle utilisée par STEP/BIT. Il y a eu deux phases d'enquête. La première phase avait pour objectif de vérifier les conditions préalables justifiant la pertinence du projet. La deuxième phase devait nous permettre de faire ressortir les conditions de faisabilité sociale, économique, institutionnelle et financière du projet de mise en place de la mutuelle de santé. Ces enquêtes se sont effectuées à 3 niveaux : auprès des ménages, auprès des prestataires de soins et auprès des autorités locales. Le traitement et l'analyse des données recueillies nous ont permis d'élaborer des scénarii des couples cotisations/prestations adaptées à l'objectif de la mutuelle qui est de limiter ses prestations aux postes de santé de la communauté de Diakhao, pour ce qui concerne la première phase du développement de la mutuelle.

Il ressort de notre étude que vu le contexte démographique, socioculturel, institutionnel, économique et sanitaire et épidémiologique, il est tout justifié de mettre en place un système de protection sociale. Cela n'exclut pas le fait que, pour augmenter les chances de réussite de la future mutuelle, il faut que les initiateurs s'assurent que l'objectif et le fonctionnement cette mutuelle soient compris par les populations cibles.

L'offre de soins au niveau de la communauté rurale se compose uniquement de deux postes de santé et d'une maternité rurale non fonctionnelle pour l'instant. Les référencement se font vers le centre de santé de Fatick. La demande de soins de santé s'étend jusqu'au poste de santé de Mbellacadio, une communauté rurale voisine de Diakhao. Ce poste de santé est fréquenté du fait de sa proximité par rapport aux postes de santé de Diakhao et Thiaré et pour la qualité des soins.

La Communauté présente un bon potentiel organisationnelle et associative avec 74% des ménages qui ont au moins un membre appartenant à au moins à une association. L'union des OVD de Diakhao a su adapter son organisation au besoin des populations et dans le but d'être plus efficace et plus rentable. La solidarité au sein de l'Union bénéficie des liens sociaux, culturels et religieux. Ce qui renforce l'appartenance à une même identité.

L'environnement économique est marqué par des revenus saisonniers provenant principalement de l'agriculture et de l'élevage. La consommation moyenne annuelle déclarée par individu s'élève à 79 528 F. Si la mutuelle offre une couverture à 100%, la cotisation ne représentera alors que 3,1% (2446 FCFA) des dépenses globales annuelles des ménages par individu. Cela nous amène à avancer que, si les modalités de cotisation sont adaptées au contexte, les membres et, par extension, toute la communauté sont capables de faire face à leurs cotisations.

Au niveau institutionnel, la future mutuelle bénéficiera d'un environnement favorable à son développement pour deux raisons.

Premièrement, l'Union des OVD de Diakhao est une organisation bien structurée avec un fonctionnement axé sur les résultats. Cette organisation non lucrative qui œuvre dans le but de lutter contre la pauvreté possède une culture de bénévolat au niveau de ses membres leaders et gestionnaires. Ce qui est un atout non négligeable pour la future mutuelle en terme de coûts administratifs de fonctionnement.

La deuxième raison, c'est la volonté manifeste des prestataires de soins de signer des conventions avec la future mutuelle et de collaborer avec elle pour sa viabilité et l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

Nous tirerons 3 enseignements au niveau de la faisabilité financière :

- Les prestations souhaitées pour leur prise en charge sont d'abord les frais des médicaments et les coûts d'évacuation des malades. Ensuite viennent les hospitalisations, les accouchements et les évaluations.
- Le montant de la prime adéquate que nous avons proposée qui s'élève à 165 F par mois par bénéficiaire. Ce montant est très proche de celui souhaité par les populations (160 F).
- Le troisième scénario, celui que nous proposons, est celui qui fait une bonne balance entre, d'une part, les risques de sélection adverse et de surconsommation et, d'autre part, le taux de recouvrement.

Recommandations

Les recommandations ci-dessous tiennent compte des résultats de l'étude et de l'environnement dans lequel va évoluer la future mutuelle de santé.

A la mutuelle

- Veiller à ce que les gestionnaires de la mutuelle soient bien formés et régulièrement mise à jour sur les techniques de gestion d'une mutuelle de santé. Les visites d'échanges avec d'autres mutuelles de santé trouvent ici leur utilité.
 - Initier les gestionnaires à la gestion informatisés de mutuelle de santé :
 - ↳ Données disponibles à temps réel
 - ↳ Meilleurs suivis et évaluations de la mutuelle
 - Tenir rigoureusement et régulièrement les registres à jour et que toutes les opérations soient enregistrées et soigneusement gardées.
 - Prendre les mesures adéquates pour éviter les fraudes, les surprescriptions et les dépenses inutiles de fonctionnement
 - ↳ Exiger une photo identité pour chaque bénéficiaire
 - ↳ Impliquer les adhérents à la lutte contre les abus
 - Adopter une souplesse dans les modalités de cotisation afin de permettre un taux de recouvrement des cotisations plus élevé.
 - Maintenir le droit d'adhésion à un niveau relativement faible, au moins égal aux coûts de production des livrets de famille, afin de recueillir un nombre plus important d'adhérents potentiels
 - Veiller avec les prestations à ce que les médicaments pris en charge soient essentiels et génériques.
 - Lors de la négociation des conventions avec les prestataires de soins, il faudra insister sur l'amélioration de la qualité des prestations fournies aux membres de la mutuelle.
 - Recueillir et prendre en compte les suggestions des adhérents qui seront exposées en assemblée générale
 - Vu le contexte épidémiologique de la région, il est recommandé pour les raisons suivantes :
 - éviter les dépenses énormes à la mutuelle dès le démarrage des prestations
 - permettre à la mutuelle de constituer un fonds de réserve et
 - ne pas s'exposer grandement aux risques de sélection adverses
- de lancer le démarrage des prestations après la période de l'hivernage. Les adhésion et cotisations peuvent commencer avant. Mais au cas où la mutuelle a les moyens de faire

face des dépenses élevées dès son lancement, elle peut donc démarrer ses prestations avant ou pendant l'hivernage.

Aux prestataires de soins

Il est utile de rappeler que :

- Les prestataires de soins et la mutuelle de santé ont le même but : améliorer l'état de santé des populations
- La mutuelle de santé, si elle fonctionne normalement, contribuera à accroître le taux de recouvrement des coûts car elle constitue une source de financement pour les systèmes de santé
- La pérennité de la mutuelle dépendra en grande partie de l'offre de santé

Ainsi, les prestataires de soins, pour contribuer à la pérennité et au développement de la mutuelle, devront :

- Prendre les mesures adéquates pour éviter les fraudes et surconsommations
- Se limiter à ne prescrire que les médicaments essentiels et suffisants dans la mesure du possible
- Faire la promotion de la mutuelle auprès des patients pour les inciter à adhérer
- Tenir compte des critiques des mutualistes des mutualistes pour ce qui concerne la qualité des prestations, car cela ne fera que contribuer à la réactivité du système de soins.

Aux promoteurs (World Vision Sénégal et autres partenaires de développement)

Le grand rôle que pourrait jouer les promoteurs est de :

- Veiller au bon fonctionnement de la mutuelle à travers le suivi et des évaluations périodiques afin :
 - D'apporter des correctifs si nécessaires et
 - De stimuler son développement
- Doter la mutuelle de santé de logiciels de gestion pour un meilleur suivi des activités et pourvoir donc à la formation des gestionnaires dans ce sens
- Aider la mutuelle dans les campagnes de sensibilisation afin de susciter une adhésion massive à la mutuelle. Ainsi :
 - ↳ Un plus grand nombre sera couvert par un système d'assurance maladie
 - ↳ La mutuelle pourrait se permettre de prendre en charge les plus démunis
 - ↳ La mutuelle pourra étendre sa couverture aux gros risques

↳ La mutuelle pourrait acquérir une plus grande autonomie financière

- Créer si possible une forme d'adhésion automatique pour les membres des OVD
- Encourager les mutuelles de santé de la région à s'organiser en fédération. En effet, la mise en place d'une fédération de mutuelles permettra à ces dernières de pouvoir surmonter les difficultés qui ne peuvent être résolues de façon individuelle. Par exemple, le problème de contrôle et de l'évaluation des prestataires de soins peut être plus facilement résolu par une fédération du fait de son poids que par une mutuelle individuelle.

Nous tenons ici à faire une recommandation spéciale à l'endroit de World Vision.

Nous tenons d'abord à féliciter et encourager World Vision Sénégal qui en ce moment initie plusieurs projets d'implantation de mutuelles de santé. Ceci répond bien à la volonté de conférer aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Par soucis d'efficacité, de viabilité et de réduction de coûts, il serait plus intéressant pour World Vision Sénégal d'avoir des experts en mutualités et assurances, internes à l'Organisation, qui auront la charge d'assurer le suivi, l'évaluation et le développement de ces mutuelles et la formation continue des gérants des mutuelles dans les méthodes informatiques de gestion.

Bibliographie

- Action Concertation 2000 : Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du centre, Travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre: Dakar. Concertation entre acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest (WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ Assurance maladie, PHR, AIM).
- Atim C. 1998 : The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access to health care: Synthesis of research in nine west african countries. Bethesda: Partnership for Health Reform project. Abt. Associates Inc.
- BIT - STEP Afrique. 2000 : Etude de Faisabilité Participative. In Actes du Forum. Courrier de la Concertation. Special Forum 2000, Dakar, Sept 26 – 28. Dakar: Concertation entre les acteurs du développement de Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre
- BIT – STEP. 2005. Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Genève
- BIT - STEP/ CIDR. 2001 : Guide de Suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé. Genève.
- Götz Huber, Jürgen Hohmann, Kirsten Reinhard. 2005: Mutuelles de Santé - 5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, Controverses et Solutions Proposées. GTZ.
- ILO. 1999 : Health Micro-Insurance: The Abidjan Platform, Strategies to support mutual Health organisations in Africa. Geneva: International Labour Organisation.
- Jean-Pierre Sery, Alain Letourmy. 2006 : L'Assurance maladie en Afrique francophone : *Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, SÉRIE : SANTÉ, NUTRITION et POPULATION, BANQUE MONDIALE.
- Gamble Kelley, Allison, Franco, Lynne, Diop, François et Butera, Jean Damascène. Juin 2006. Insights for Implementers: Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé. Bethesda, Maryland : Partners for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
- PHRplus. *March 2004 : 21 Questions on CBHF: An Overview of Community-Based Health Financing.* Partners for Health Reformplus
- Alain Letourmy, Aude Pavy-Letourmy. Décembre 2005 : La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu, AFD
- Bruno Gautier, Allan Boutbien et Bruno Galland. Décembre 2005 : Bonnes et Mauvaises Pratiques de la Microfinance UMSGF. Guinée Forestière.
- USAID / PHRplus. February 2006 : Improving quality of care for mutual health organization members : an introductory manual for MHOs.
- Salif Ndiaye, Mohamed Ayad. Avril 2006 : Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain, Dakar, Sénégal.
- ILO/STEP – GTZ. May 2006 : The role of micro-insurance as a tool to face risks in the context of social protection. Version postcomité 1. Geneva
- Pascal Ndiaye. Juin 2006 : Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts
- PHRplus/USAID. August 2006 : Suggestions pour l'expansion des mutuelles de santé. Primer for policymakers

Annexes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe n° 1: Choix et facteurs influençant le premier recours

Premier Recours	Facteurs motivant le plus le premier recours								Total
	Qualité prestations	Coûts abordables	Facilités paiement	Manque d'argent	Proximité	Tradition	Urgence	Autres	
Automédication								100%	0,5%
Case de santé		100%							0,5%
Hôpital	74,2%	3,2%			9,7%		9,7%	3,2%	16,5%
Poste Santé	85,7%	1,4%	2,1%		7,1%			3,6%	74,5%
Structure privée	66,7%	33,3%							1,6%
Tradipraticien		30,0%		10,0%		20,0%		40,0%	5,3%
(vide)								100%	1,1%
Total									100%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 2: Qualité perçue par les ménages des prestations de santé des postes de santé

	Accueil	Compétence	Attention	Ponctualité	Disponibilité	Equipe-ment	Propreté	Médica-ment
Bien	158	184	185	161	164	117	145	163
Passable	30	17	16	29	27	37	29	37
Médiocre	18	5	5	11	13	22	23	6
Abstention	3	3	3	8	5	33	12	3
Total	209	209	209	209	209	209	209	209

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 3: Répartition par mois et par pathologie des cas de maladie reçus au PS Diakhao

Pathologies	déc-05	janv-06	févr-06	mars-06	avr-06	mai-06	juin-06	juil-06	août-06	sept-06	oct-06	nov-06	Total
Accès palustre simple	278	52	124	45	17	32	35	46	96	176	404	235	1540
Autres maladies ORL	2	1	2	0	2	19	2	3	2	7	7	2	49
Autres traumatismes	10	3	7	5	12	8	11	14	21	28	51	10	180
Gale	4	2	2	3	0	3	1	2	0	1	0	2	20
Helminthiases	12	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	17
IRA basses	5	0	1	20	31	39	21	35	51	43	23	26	295
Angines	0	2	2	1	1	2	5	0	0	1	1	1	16
Autres mal org. Génitales	2	2	1	0	0	2	6	6	2	1	0	2	24
Autres maladies peau	8	4	4	4	5	0	9	0	10	8	3	2	57
Fractures	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Grippes	20	16	11	25	8	16	8	5	15	21	6	9	160
Rhumatisme	0	0	0	2	0	0	0	2	2	3	9	0	18
Diarrhées	8	24	9	5	4	0	4	0	1	12	10	0	77
Varicelle	0	5	4	0	3	0	3	9	0	0	0	0	24
Plaies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	28
Asthme	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	6

Brûlures	0	0	1	3	0	1	2	0	0	0	0	0	7
Epigastalgie	2	0	11	8	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Accès palustre grave	0	0	0	2	2	0	0	0	7	0	0	0	11
Autres mal œil/Annex	0	2	0	6	2	0	0	1	0	0	3	0	14
Affections bucco-dent	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4
Anémies	2	1	4	4	0	3	7	1	3	3	6	1	35
HTA	0	0	0	0	8	0	1	9	9	21	29	6	83
Goitre	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Ecoulement génital	6	0	7	7	0	0	0	0	0	0	5	0	25
Autres maladies	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total de cas	361	122	190	140	96	129	116	136	220	325	586	297	2718

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 4: Répartition par mois des cas reçus par an

Pathologies %	déc-05	janv-06	févr-06	mars-06	avr-06	mai-06	juin-06	juil-06	août-06	sept-06	oct-06	nov-06	Total
Accès palustre simple	10,2	1,9	4,6	1,7	0,6	1,2	1,3	1,7	3,5	6,5	14,9	8,6	56,7
Autres maladies ORL	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	1,8
Autres traumatismes	0,4	0,1	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,8	1,0	1,9	0,4	6,6
Gale	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7
Helminthiases	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
IRA basses	0,2	0,0	0,0	0,7	1,1	1,4	0,8	1,3	1,9	1,6	0,8	1,0	10,9
Angines	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Autres mal org. Génitales	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,9
Autres maladies peau	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,4	0,3	0,1	0,1	2,1
Fractures	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Grippes	0,7	0,6	0,4	0,9	0,3	0,6	0,3	0,2	0,6	0,8	0,2	0,3	5,9
Rhumatisme	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,0	0,7
Diarrhées	0,3	0,9	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	2,8
Varicelle	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Plaies	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
Asthme	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Brûlures	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Epigastralgie	0,1	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Accès palustre grave	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4
Autres mal œil/Annex	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5
Affections bucco-dent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Anémies	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	1,3
HTA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,8	1,1	0,2	3,1
Goitre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecoulement génital	0,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9
Autres maladies	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total de cas	13,3	4,5	7,0	5,2	3,5	4,7	4,3	5,0	8,1	12,0	21,6	10,9	100

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 5: Répartition par pathologie des cas reçus par mois

Pathologies %	déc-05	janv-06	févr-06	mars-06	avr-06	mai-06	juin-06	juil-06	août-06	sept-06	oct-06	nov-06	Total
Accès palustre simple	77,0	42,6	65,3	32,1	17,7	24,8	30,2	33,8	43,6	54,2	68,9	79,1	56,7
Autres maladies ORL	0,6	0,8	1,1	0,0	2,1	14,7	1,7	2,2	0,9	2,2	1,2	0,7	1,8
Autres traumatismes	2,8	2,5	3,7	3,6	12,5	6,2	9,5	10,3	9,5	8,6	8,7	3,4	6,6
Gale	1,1	1,6	1,1	2,1	0,0	2,3	0,9	1,5	0,0	0,3	0,0	0,7	0,7
Helminthiases	3,3	2,5	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
IRA basses	1,4	0,0	0,5	14,3	32,3	30,2	18,1	25,7	23,2	13,2	3,9	8,8	10,9
Angines	0,0	1,6	1,1	0,7	1,0	1,6	4,3	0,0	0,0	0,3	0,2	0,3	0,6
Autres mal org. Génitales	0,6	1,6	0,5	0,0	0,0	1,6	5,2	4,4	0,9	0,3	0,0	0,7	0,9
Autres maladies peau	2,2	3,3	2,1	2,9	5,2	0,0	7,8	0,0	4,5	2,5	0,5	0,7	2,1
Fractures	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,1
Grippes	5,5	13,1	5,8	17,9	8,3	12,4	6,9	3,7	6,8	6,5	1,0	3,0	5,9
Rhumatisme	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	1,5	0,9	0,9	1,5	0,0	0,7
Diarrhées	2,2	19,7	4,7	3,6	4,2	0,0	3,4	0,0	0,5	3,7	1,7	0,0	2,8
Varicelle	0,0	4,1	2,1	0,0	3,1	0,0	2,6	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Plaies	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	1,0
Asthme	0,6	0,8	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2
Brûlures	0,0	0,0	0,5	2,1	0,0	0,8	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Epigastralgie	0,6	0,0	5,8	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Accès palustre grave	0,0	0,0	0,0	1,4	2,1	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,4
Autres mal œil/Annex	0,0	1,6	0,0	4,3	2,1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5
Affections bucco-dent	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Anémies	0,6	0,8	2,1	2,9	0,0	2,3	6,0	0,7	1,4	0,9	1,0	0,3	1,3
HTA	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,9	6,6	4,1	6,5	4,9	2,0	3,1
Goître	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecoulement génital	1,7	0,0	3,7	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9
Autres maladies	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total de cas	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 6: Répartition par catégorique des cas de maladie reçus au PS Diakhao

Pathologies	Effectif				Pourcentage				% par pathologie			
	Enfts	Fem	Hom	Tot	Enfts	Fem	Hom	Tot	Enfts	Fem	Hom	Tot
Accès palustre simple	801	445	294	1540	58,2	54,5	56,0	56,7	52,0	28,9	19,1	100
IRA basses	238	38	19	295	17,3	4,7	3,6	10,9	80,7	12,9	6,4	100
Autres traumatismes	75	67	38	180	5,4	8,2	7,2	6,6	41,7	37,2	21,1	100
Grippes	57	54	49	160	4,1	6,6	9,3	5,9	35,6	33,8	30,6	100
HTA	0	53	30	83	0,0	6,5	5,7	3,1	0,0	63,9	36,1	100
Diarrhées	49	15	13	77	3,6	1,8	2,5	2,8	63,6	19,5	16,9	100
Autres maladies peau	30	14	13	57	2,2	1,7	2,5	2,1	52,6	24,6	22,8	100
Autres maladies ORL	32	9	8	49	2,3	1,1	1,5	1,8	65,3	18,4	16,3	100
Anémies	0	27	8	35	0,0	3,3	1,5	1,3	0,0	77,1	22,9	100

Plaies	16	8	4	28	1,2	1,0	0,8	1,0	57,1	28,6	14,3	100
Écoulement génital	0	15	10	25	0,0	1,8	1,9	0,9	0,0	60,0	40,0	100
Autres mal org. Génitales	2	21	1	24	0,1	2,6	0,2	0,9	8,3	87,5	4,2	100
Varicelle	24	0	0	24	1,7	0,0	0,0	0,9	100,0	0,0	0,0	100
Épigastralgie	5	3	13	21	0,4	0,4	2,5	0,8	23,8	14,3	61,9	100
Gale	11	7	2	20	0,8	0,9	0,4	0,7	55,0	35,0	10,0	100
Rhumatisme	3	9	6	18	0,2	1,1	1,1	0,7	16,7	50,0	33,3	100
Helminthiases	17	0	0	17	1,2	0,0	0,0	0,6	100,0	0,0	0,0	100
Angines	2	6	8	16	0,1	0,7	1,5	0,6	12,5	37,5	50,0	100
Autres mal œil/Annex	5	5	4	14	0,4	0,6	0,8	0,5	35,7	35,7	28,6	100
Accès palustre grave	2	8	1	11	0,1	1,0	0,2	0,4	18,2	72,7	9,1	100
Brûlures	4	3	0	7	0,3	0,4	0,0	0,3	57,1	42,9	0,0	100
Asthme	2	2	2	6	0,1	0,2	0,4	0,2	33,3	33,3	33,3	100
Affections bucco-dentaires	0	3	1	4	0,0	0,4	0,2	0,1	0,0	75,0	25,0	100
Fractures	2	1	0	3	0,1	0,1	0,0	0,1	66,7	33,3	0,0	100
Autres maladies	0	2	1	3	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	66,7	33,3	100
Goitre	0	1	0	1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Total de cas	1377	816	525	2718	100	100	100	100	50,7	30,0	19,3	100

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 7: Participation à la vie associative 2

Nombre d'associations par individu	Nombre d'individus		Total association	Total cotisation	Cotisation total par individu	Cotisation moyenne par association
	Effectif	Pourcentage				
1	110	71%	110	227 575	2 069	2 069
2	39	25%	78	127 000	3 256	1 628
3	4	3%	12	25 350	6 338	2 113
4	2	1%	8	5 700	2 850	713
Total	155	100%	208	385 625		
Moyenne			1,34		2 488	1 854

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 8: Répartition selon la religion

Réligion	Total	Pourcentage
Animisme	1	0,5%
Christianisme	4	1,9%
Islam	204	97,6%
Total	209	100%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 9: Effectif en % des ménages par classe de Consommation annuelles

Classes		%	Cumul crois
[0	50 000[	27,4%	27,4%
[50 000	100 000[	48,8%	76,2%
[100 000	150 000[	16,4%	92,6%
[150 000	200 000[	5,1%	97,8%
[200 000	250 000[	1,4%	99,1%
[250 000	ou plus...	0,9%	100,0%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 10: Effectif en % des ménages par classe de revenus annuels

Classes		%	Cumul crois
[0	50 000[	54,9%	54,9%
[50 000	100 000[	24,7%	79,5%
[100 000	150 000[	12,2%	91,7%
[150 000	200 000[	3,4%	95,1%
[200 000	250 000[	1,3%	96,4%
[250 000	300 000[	0,9%	97,3%
[300 000	350 000[	1,0%	98,3%
[350 000	ou plus...	1,7%	100,0%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 11: Répartition des sources majeures de revenus selon le type de profession

Professions à revenus salariés mensuels	8,7%
Professions à revenus saisonniers	79,0%
Professions à revenu journaliers/hebdomadaires aléatoires	12,3%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 12: Disponibilité à payer la carte d'adhésion

Carte d'adhésion	%	Personnes prêtes à adhérer	Carte d'adhésion	%	Personnes prêtes à adhérer
50	0,5%	100,0%	1500	2,9%	21,7%
300	1,4%	99,5%	2000	13,0%	18,8%
400	0,5%	98,1%	2500	1,4%	5,8%
500	19,3%	97,6%	3000	1,0%	4,3%
750	0,5%	78,3%	5000	2,9%	3,4%
1000	54,6%	77,8%	10000	0,5%	0,5%
1250	1,4%	23,2%	En moyenne on a 1233,5 F		

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

Annexe n° 13: Dépense moyenne par traitement prescrit au poste de santé

Classes		Fréquence	Qui paient au moins	Qui paient au plus
0	1000	7%	100%	7%
1000	1500	15%	93%	22%
1500	2000	15%	78%	37%
2000	3000	26%	63%	63%
3000	5000	24%	38%	86%
5000	10000	12%	14%	98%
10000	15000	1%	2%	99%
15000	20000	1%	1%	100%

Source : Enquêtes réalisées par Diakhao ADP, WVS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe n° 14: Questionnaire d'enquête auprès des ménages

Date :

Nom de l'OVD :

Nom de l'enquêteur :

N° :

IDENTIFICATION DE L'ENQUETE(E)

Village :

Nom et prénom :

Genre : 1. Masculin 2. Féminin

SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE

Statut dans le ménage : 1. Chef de ménage 2. Membre de ménage

Situation matrimoniale :

1. Marié(e) 2. Divorcé(e) 3. Veuf(ve) 4. Célibataire

Combien d'épouses dans le foyer :

Combien de personnes composent votre ménage (personnes vivant sous le toit) ?

		Hommes	Femmes	Total
Famille restreinte	Adultes			
	Enfants (moins de 15 ans)			
Autres personnes vivant sous le même toit	Adultes			
	Enfants (moins de 15 ans)			
Total				

Niveau d'éducation

1. Non scolarisé(e) 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur

Religion

1. Islam 2. Christianisme 3. Animisme 4. Autre :

Combien de personnes dans votre ménage prennent part à la vie associative de votre quartier ?

Associations	OVD	Dahira	Mbootay	ASC	GPF		
Nombre							

Vous êtes membre de combien de regroupement associatif ?

Associations	OVD	Dahira	Mbootay	ASC	GPF		Total
Cotisations							
Modalités							

Quelle est votre activité professionnelle ?

1. Salarié 2. Agriculture 3. Elevage 4. Commerce

Quelle est la périodicité de vos revenus ?

Caractère	Montant	Caractère	Montant	Caractère	Montant
1. Journalier		2. Semaine		3. Mensuel	
4. Trimestriel		5. Semestriel		6. Annuel	
7. Autres à préciser :					

A combien s'élèvent les dépenses du mois pour le ménage ? F CFA

Nourriture, Loyer, Facture (électricité, eau, téléphone), santé

A combien s'élève la consommation de l'année pour le ménage ? F CFA

Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants ?

 Janvier Février Mars Avril Mai Juin Juillet Août Septembre Octobre Novembre Décembre

Participez-vous aux dépenses du ménage ? 1. Oui 2. Non

Quels sont les autres membres de la famille qui participent aux dépenses de la famille ?

Le(s) conjoint(es) 2. Enfant(s) 3. Autres :

MODALITES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE MALADIE

		Oui	Non
Epargnez-vous de l'argent ?			
Si oui, sous quelle forme épargnez vous cet argent ?	En espèce à la maison dans un endroit secret		
	En espèce dans un compte d'épargne		
	Dans le cadre d'une association ou IPM		
	Autres :		
Cette épargne peut-elle servir pour payer les soins de santé des membres de votre ménage ? (si non allez la question suivant la prochaine)			
Si oui, est-ce qu'elle permet de payer toutes les dépenses de santé ?			
Si non, que faites-vous pour faire face aux dépenses de santé ? (numéroté par ordre de recours si oui)	Espèces propres disponibles à la maison		
	Recours à la solidarité familiale		
	Emprunt auprès des amis/voisins/famille		
	Emprunt auprès d'une caisse d'épargne crédit		
	Vente d'une partie de mon patrimoine		
	Je paie seulement ce que je peux acheter		
	Autres :		
Comment avez-vous trouvé l'argent pour payer les dernières dépenses de santé ?	Espèces propres disponibles à la maison		
	Recours à la solidarité familiale		
	Emprunt auprès des amis/voisins/famille		
	Emprunt auprès d'une caisse d'épargne crédit		
	Vente d'une partie de mon patrimoine		
	Je paie seulement ce que je peux acheter		
	Autres :		

Jusqu'à quel montant (par épisode de maladie) pensez-vous qu'il est facile de se soigner ?
 F CFA

A quel période de l'année avez-vous le plus de difficulté à prendre en charge les dépenses éventuelles de santé ?

Comment financez-vous les dépenses de santé dans votre ménage ?
 (Se référer si possible aux 4 derniers cas de maladie)

Sources de financement	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Revenus du ménage				
IPM ou Association				
Prise en charge de l'Etat				
Solidarité familiale				
Solidarité des voisins				
Emprunts (toutes les formes)				
Vente d'une partie du patrimoine				
Autres :				

Pouvez-vous donner un montant approximatif des dépenses de santé dans le mois ou dans l'année ?

1. Oui : par mois par année 2. Non

MORBIDITE ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DANS LE MENAGE

Juste après < les élections présidentielles 2007 > ,

	Homme	Femme	Total
Combien de personnes ont été malades au moins une fois ?	Adulte		
	Enfant (moins de 15 ans)		
	Total		
Combien y a-t-il eu de cas de maladies dans votre ménage, y compris vous ?	Adulte		
	Enfant (moins de 15 ans)		
	Total		

Combien d'accouchement y a-t-il eu dans votre ménage depuis les élections ?

Pour les 2 derniers cas,	Mal 1	Mal 2
êtes-vous allés à la recherche de soins ?	Oui ou non	
Si non pourquoi ?	Manque de moyens	
	Automédication	
	Autres	
Si oui quel a été le premier lieu de recours ?	Poste de santé	
	Centre de santé	
	Hôpital	
	Clinique privée	
	Tradipraticien ³⁵	
Quel est le facteur qui a influencé le plus votre premier choix ?	Coût abordable	
	Proximité de la structure	
	Bonne qualité de l'accueil	
	Qualité des soins	
	Urgence	
	Facilités de paiement	
	Autres	
A combien s'élevaient les dépenses de soins prodigués aux postes ?	Consultation	
	Médicaments	
	Frais de transports	
Le malade a-t-il changé de structure par la suite ? Oui/Non		
Si oui, quel a été le prochain lieu de recours ?	Centre de santé	
	Un autre poste de santé	
	Hôpital	
	Clinique privée	
	Tradipraticien	
Si oui, pourquoi ?	Référence par l'ICP	
	Décision personnelle	
Si décision personnelle, quel est le facteur qui l'a motivé le plus ?	Coûts plus abordables	
	Proximité de la structure	
	Meilleure qualité de l'accueil	
	Meilleure qualité des soins	
	Urgence	
	Absence du prestataire de la première structure	
	Facilités ³⁶ de paiement	

³⁵ Ou guérisseur traditionnel

³⁶ Crédits, rabais, ...

	Autres		
--	--------	--	--

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

1.	2.
3.	4.

LA MUTUELLE DE SANTE

		Oui	Non
Cela vous paraît-il nécessaire d'organiser la solidarité au sein de la communauté pour faciliter l'accès aux soins de santé ?			
Avez-vous déjà entendu parler d'une mutuelle de santé ?			
Si oui à quoi sert-elle ?	Prévoir la maladie		
	Aide à prendre en charge les dépenses de santé		
	Autre :		
Que pensez-vous de la création d'une mutuelle de santé au sein de la communauté ?	C'est une bonne chose		
	Peu m'importe		
	Ce n'est pas une chose		
Seriez-vous intéressé par la création d'une mutuelle de santé ?			
Souhaiteriez-vous adhérer à une mutuelle de santé ?			
Si non, demandez à savoir pourquoi et arrêtez-vous là.			
Si oui, combien de personnes voulez-vous prendre en charge dans cette mutuelle ?			
Quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future mutuelle couvre ?	Les consultations		
	Les médicaments		
	Les hospitalisations		
	Les accouchements		
	Les frais d'évacuation		
Autres :			
Combien seriez-vous prêt à payer pour être membre de la mutuelle ? <input type="checkbox"/> 1000F <input type="checkbox"/> 1250F <input type="checkbox"/> 1500F <input type="checkbox"/> 1750F <input type="checkbox"/> 2000F Autres :			F
Quel montant maximum de cotisation pouvez-vous payer par bénéficiaire par mois ? <input type="checkbox"/> 100F <input type="checkbox"/> 150F <input type="checkbox"/> 200F <input type="checkbox"/> 250F <input type="checkbox"/> 500 F Autres :			F
Pour quelle modalité de paiement optez-vous ? <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Bimensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle			
Quels sont, d'après vous, les obstacles qui peuvent faire échouer la mutuelle ?			
<input type="checkbox"/> Je ne sais pas			
<input type="checkbox"/> Le manque de cotisation			
<input type="checkbox"/> Le manque de confiance entre les membres et les futurs gestionnaires			
Perception de la Qualité des services et prestations de santé /			

3. Quel est le nom de la formation sanitaire que vous fréquentez d'habitude ?

Nom de la Formation sanitaire _____

4. Quand est-ce que vous vous êtes rendu pour la dernière fois à cette formation sanitaire pour y recevoir des soins ?

Pas plus de six mois Cette année il y a plus d'un an Ne se souvient pas

Personnel médical en nombre suffisant	Bien	Passable	Médiocre
Le personnel est accueillant et respectueux à l'égard des clients			
Le personnel a la qualification requise ou est compétent			
Le personnel prend le temps de vous écouter			

Le personnel vient à l'heure			
Le personnel est toujours disponible pendant les heures d'ouverture			
Quantité suffisante d'équipements médicaux / de salles de soins			
Quantité suffisante de lits			
Equipement médical en bon état			
Les patients sont examinés dans leur ordre d'arrivée			
Le temps d'attente est court			
Salle d'attente confortable/ il y a assez de chaises			
Formation sanitaire / salle d'attente : propre			
Formation sanitaire ouvre /tôt / En dehors des heures de travail/ les jours fériés			
Formation sanitaire donne une assistance en matière de santé de la reproduction			
Médicaments disponibles dans la Communauté			
Pharmacie s'ouvre /tôt / En dehors des heures de travail/ les jours fériés			

	Oui	Non
Est-ce que les femmes sont soignées par du personnel féminin ?		
Lors de votre dernière visite à la formation sanitaire, avez-vous dû payer des pourboires à certains membres du personnel ?		

Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner ?.....

< 30 minutes entre 30min et 1H entre 1H et 2H entre 2H et 4H plus de 4H

Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant d'avoir un rendez-vous ?

____|____| jours ____|____| semaines ____|____| mois

Annexe n° 15: Questionnaire d'enquête auprès des prestataires de soins

Date :

Nom de l'enquêteur :

Nom de la structure :

Adresse postale/Tel :

Personne contactées : Titre :

NATURE DE LA STRUCTURE, PERSONNEL MEDICAL & CAPACITE D'ACCUEIL

 1. Poste de santé 2. Centre de santé 3. Hôpital 4.

Quels sont la composition et l'effectif par composition du personnel de votre structure ?	Catégorie	Effectif		
		Hom	Fem	Total
	Médecin			
	Infirmier (ère)			
	Sage-femme			
	Aides-soignants			
	Matrone			
	Garçons de salle			
	Autres			
Total				

Quelle est la capacité d'accueil de la structure ?

Chambre d'hospitalisation		Pharmacie		Lits	
Salles d'accouchement		Laboratoire			

SERVICES DE SANTE PRIORITAIRES (CHOIX DES SERVICES DE SANTE A COUVRIR)

	Oui	Non
Le personnel médical est-il suffisant ?		
La structure a-t-elle des difficultés financières ?		

Qui sont vos principaux clients ?

Particuliers à leurs frais		Etat		Entreprises privées	
Mutuelles de santé		IPM		Autres à spécifier	

Quelles sont les principales maladies rencontrées par la population?

Chez les enfants:

Chez les femmes adultes:

Chez les hommes adultes:

Lesquelles provoquent le plus de décès?

Chez les enfants:

Chez les femmes adultes:

Chez les hommes adultes:

Quels sont les services et prestations de santé offert par votre structure et le montant par acte ?

Code	Services de santé	Code	Actes de santé	Montant de l'acte
	Soins ambulatoires		Consultations généralistes curatives	
			Soins infirmiers ambulatoires	
			Petites chirurgies	
	Maternité		Accouchements simples	
			Accouchements compliqués (H césariennes)	
			Autres actes maternité	
	Consultations préventives		Consultations prénatales	
			Consultations postnatales	
			Soins maternels et infantiles	
			Vaccinations	
	Hospitalisation		Petites hospitalisations	
			Mise en observation	
	Examens		Echographie	
			Autres actes de diagnostic	
	Médicaments		Médicaments génériques et essentiels	
			Médicaments marque et spécialités	
	Autres			

Quels services de santé (préventifs/curatifs) sont, selon vous, essentiels pour réduire les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité?

Chez les enfants:

Chez les femmes adultes:.....

Chez les hommes adultes:.....

Pour quels services de santé avez-vous le plus de problèmes de recouvrement ou de financement (sous-utilisation)?

	Oui	Non
Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en médicaments ?		
Vous arrive-t-il souvent de référer certains de vos malades ?		

Si oui, où les référez-vous le plus souvent ?

1. Centre de santé 2. Hôpital 3. Poste de santé 4. Clinique privée

5.

Quelles sont les maladies qui font le plus souvent l'objet de ces références ?

.....

Veillez nous indiquer, pour chaque service, le nombre de cas mensuels traités durant les douze derniers mois (enfants (moins de 15 ans et adultes))

Prestations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
...												

Quels sont, en moyenne, les coûts des différentes maladies principales ?

Pathologies	Coût moyen
	|_|_|_|_|_| F CFA
	|_|_|_|_|_| F CFA
...	|_|_|_|_|_| F CFA

SITUATION SANITAIRE, PROBLEMES D'ACCES AUX SOINS (CONTEXTE)

Y a-t-il dans votre circonscription des problèmes d'assainissement, d'eau potable?

.....

Quelles sont les plus mauvaises périodes sur le plan sanitaire?

.....

Est-ce que les utilisateurs ont du mal à payer les services de santé?

.....

A quelles périodes de l'année plus particulièrement?.....

.....

Avez-vous parfois des demandes de crédits de la part de patients qui ne peuvent payer les dépenses de santé?

.....

Est-ce que des initiatives ont été prises pour faciliter le paiement des services de santé (caisse d'entraide, systèmes de crédits, etc.)? Lesquelles?.....

.....

Est-ce que certains utilisateurs viennent de loin? De quels villages?

.....

Ont-ils du mal à venir jusqu'au centre de santé?

.....

FONCTIONNEMENT ACTUEL DE LA FORMATION SANITAIRE

Quelles sont les procédures d'accueil des patients? (Exemple: passage à la caisse en premier)

.....

Est-ce qu'il arrive que ces procédures ne soient pas respectées? Oui Non

Si oui, dans quel cas?

.....

Est-ce que les patients doivent attendre longtemps avant d'être vus par le personnel soignant?

Oui Non

Si oui, à quoi est due cette attente?

.....

Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour réduire la durée d'attente?

.....

Est-ce que la pharmacie de la formation sanitaire est parfois en rupture de stock de certains médicaments?

Oui Non

Si oui, à quoi cela est-il dû?

.....

Exemples: un seul fournisseur, centralisation des commandes

Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour éviter les ruptures de stock?

.....

Quelles sont les procédures appliquées pour respecter le secret médical et la confidentialité des dossiers médicaux?

.....

Est-ce que vous utilisez des protocoles thérapeutiques prédéfinis par pathologie?

Oui Non

Si oui, qui définit ces protocoles?

.....

Pouvez-vous les faire évoluer?

Oui Non

Comment sont établies les grilles de tarifs? Et quel est le mode de facturation actuel (par acte, par épisode de maladie, etc.)?

.....

A votre avis, quelles sont les difficultés auxquelles sont soumis les malades qui fréquentent votre institution ?

.....

IDENTIFICATION DES INTERLOCUTEURS POUR LES ACCORDS

Nous envisageons de mettre en place un système de micro-assurance santé. L'objectif de ce système est de faciliter le paiement des services de santé par les usagers. Ce système pourrait passer des accords avec certaines formations sanitaires afin de convenir de règles de fonctionnement spécifiques ou de tarifs différents des tarifs officiels.

Avez-vous déjà signé une convention avec des mutuelles de santé ou IPM ? Pourquoi ?

.....

Avez-vous la possibilité de conclure ce type d'accord? Oui Non

Si non, à qui devons-nous nous adresser?

.....

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

.....

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

.....

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

.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE