



DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE
(DESS-ECONOMIE DE LA SANTE)

4^{ème} promotion

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**ANALYSE DE L'UTILISATION
DES SOINS HOSPITALIERS PAR
LES MUTUALISTES ET LES NON
MUTUALISTES A L'HOPITAL
SAINT JEAN DE DIEU DE THIES**

Bibliothèque du CESAG



108281

PRESENTE PAR :
GBAMA GNENEFE
MOISE

SOUS LA DIRECTION DE
CHRIS ATIM . Phd
ECONOMISTE DE LA SANTE
CONSEILLER REGIONAL DU PHR+

SOUS LA CODIRECTION DE
HERVE LAFARGE, Phd
Economiste de la santé
Université Paris Dauphine

M0038DSES03



2

MAI--2003

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles et des abréviations.....	I
Liste des tableaux.....	III
Liste des schémas et des figures.....	V
Dédicace.....	VI
Remerciements.....	VII
Introduction.....	1
PREMIERE PARTIE: CADRE THEORIQUE.....	4
Chapitre I Cadre de l'étude.....	5
I-1-Politique nationale de santé du Sénégal.....	6
I-1-1-Politique de santé et son financement.....	7
I-1-2-Système de protection sociale au Sénégal.....	8
I-1-3-Situation sanitaire du Sénégal.....	11
I-1-3-1-Organisation du système de soins.....	11
I-1-3-2-Indicateurs de morbidité et de mortalité.....	14
Chapitre II Cadre conceptuel.....	16
II-1-Définition du problème de recherche.....	16
II-1-1-Problématique.....	16
II-1-2-Justification du problème.....	17
II-1-3-Définition des concepts.....	18
II-2-Etat de connaissance.....	21
II-3-Modèle théorique.....	25
II-4-Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche.....	26
II-4-1-Objectifs.....	26
II-4-2-Hypothèses de recherche.....	27
Chapitre III Cadre d'analyse.....	28
III-1-Définition de la population à l'étude.....	28
III-2-Critères d'inclusion et d'exclusion.....	29
III-2-1-Critères d'inclusion.....	30
III-2-2-Critères d'exclusion.....	30
III-3-Définition des variables mesurées.....	30
III-4-Stratégie de recherche.....	34
III-5-Gestion des données.....	35
III-6- Limites de l'étude.....	35

Analyse comparative de l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non mutualistes à l'hôpital saint jean de dieu de Thiès

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS.....	37
I-Présentation des caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées.....	38
II-Présentation des résultats relatifs aux hypothèses de recherche.....	45
II-1-Qualité des soins reçus par les hospitalisés enquêtés.....	45
II-1-1-Indicateurs de qualité médicalement reconnus.....	45
II-1-2-Indicateurs de satisfaction des hospitalisés enquêtés.....	47
II-2-Coûts des soins consommés par les hospitalisés enquêtés.....	49
II-3-Différents groupes de maladies traitées.....	52
TROISIEME PARTIE DISCUSSION DES RESULTATS.....	57
I-Discussion des caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées.....	58
II-Discussion des résultats relatifs aux hypothèses de recherche.....	60
II-1-Qualité des soins reçus par les hospitalisés enquêtés.....	60
II-1-1-Indicateurs de qualité médicalement reconnus.....	60
II-1-2-Indicateurs de satisfaction des hospitalisés enquêtés.....	62
II-2-Coûts des soins consommés par les hospitalisés enquêtés.....	64
II-3-Différents groupes de maladies traitées.....	66
Conclusion.....	70
Recommandations.....	72
Bibliographie.....	74



ACOPAM : Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base

ANMC: Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

ASC : Agents de santé communautaires

BIT :Bureau International du Travail

CAMICS : Cellule d'Appui aux mutuelles de santé et aux comités de santé

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CRMST : Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès

CPN : Consultation Périnatale

ESIS: Enquête sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé

GRAIM : Groupement de Réflexion et d'Appui aux Initiatives Mutualistes

IB : Initiative de Bamako

IPM : Institutions de Prévoyance Maladie

IPRES : Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OUA : Organisation de l'Unité Africaine

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PHR: Partnerships for Health Reform

PDIS : programme de développement intégré de la santé

PNDS : plan national de développement sanitaire

PROMUSAF: Programme d'Appui aux Mutuelles de santé en Afrique

PSS : Programmation Sanitaire du Sénégal

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

SH: Soins hospitaliers

SSP: Soins de Santé Primaires

STEP: Stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion et la pauvreté

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID: Agence des Etats Unis pour le Développement International

WSM: Solidarité mondiale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Les tarifs dans les différentes catégories d'hospitalisation à l'hôpital saint jean de dieu ;

Tableau2: Répartition des hospitalisés selon le statut ;

Tableau3: Répartition des hospitalisés selon l'ethnie ;

Tableau4: Répartition des hospitalisés selon le sexe ;

Tableau5: Répartition des hospitalisés selon la religion ;

Tableau6: Répartition des hospitalisés selon le niveau de revenu ;

Tableau7: Répartition des hospitalisés selon le lieu d'habitation ;

Tableau8: Répartition des hospitalisés selon le statut professionnel ;

Tableau9: Répartition des hospitalisés selon le niveau d'étude ;

Tableau10: Répartition des hospitalisés selon la situation matrimoniale ;

Tableau11: Répartition des hospitalisés selon l'âge ;

Tableau12: Répartition des fréquences des réponses à la question « voulez-vous adhérer à une mutuelle de santé ? » ;

Tableau13: Répartition des fréquences des réponses à la question « les médicaments sont-ils régulièrement disponibles pour votre traitement ? » ;

Tableau14: Répartition des fréquences des réponses à la question « combien de visites médicales recevez-vous par jour ? » ;

Tableau15: Récapitulatif des visites médicales reçues par les hospitalisés ;

Tableau16: Répartition des fréquences des réponses à la question « êtes-vous satisfaits du comportement des prestataires de saint jean de dieu ? » ;

Tableau17: Répartition des hospitalisés selon la catégorie dans laquelle ils sont hospitalisés ;

Tableau18: Les coûts moyens (dépenses directes) du traitement selon les différentes pathologies ;

Tableau19: Les coûts moyens (multiplication par 2 du coût moyen réduit) du traitement selon les différentes pathologies ;

Tableau20: Les coûts moyens (dépenses directes + dépenses indirectes) du traitement selon les différentes pathologies ;

Tableau21: Répartition des hospitalisés selon les différentes pathologies qui les affectent ;

Tableau22: Répartition des hospitalisés selon qu'ils ont eu ou non recours aux soins à saint jean de dieu ;

Tableau23: Répartition des hospitalisés selon qu'ils ont déjà une fois ou non été hospitalisés à saint jean de dieu ;

Tableau24: Répartition des hospitalisés selon la durée de séjour de la présente hospitalisés ;

Tableau25: Récapitulatif au niveau des durées de séjour



Schéma1 : Les différentes étapes pour l'utilisation des soins hospitalisation à saint jean de dieu ;

Schéma2 : Le modèle théorique de l'utilisation des soins hospitalisation ;

Schéma3 : La répartition des hospitalisés selon les différentes pathologies ;

Figure1 : La pyramide sanitaire du Sénégal.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A nos défunts

Père, Feu ZOKOUA GBAMA PAUL ; tu nous as donné la vie, supporté nos caprices, tu avais commencé notre édification intellectuelle quand le tout puissant t'a rappelé auprès de lui. Nous aurions voulu que tu sois encore sur cette terre des hommes pour profiter des fruits presque mûrs de tes efforts ;

Frère, Feu GBAME KEHIAKEHI FULGENCE ; tu constituais un espoir pour nous mais très tôt le tout puissant t'a rappelé à lui. Tu as fait un vide qui demeure difficile à combler ; nous aurions pourtant voulu que tu vives pour que nous profitions de cette vie.

Au delà de toutes ces souffrances que nous endurons, il y a un espoir parce que nous croyons comme fer que vous êtes encore vivant. Sachez donc que nous ne vous oublierons jamais et que nous vous portons toujours dans le cœur.

Que le seigneur Dieu vous accorde le pardon et veille sur vos âmes et qu'il vous reçoive auprès de lui.



En cette fin de formation au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion, nous voudrions sincèrement remercier :

Notre mère TAPALO ATIALE MARIE d'abord pour la vie que tu nous as donnée au prix de la tienne. Tu es une source pleine pour nous. Nous te remercions pour avoir supporté nos caprices et pour toutes les aides financières et les conseils. Les fruits sont presque mûrs et nous prions Dieu pour que tu en profite au maximum.

Notre grand frère GBAMA GOHOURI MARC pour avoir entièrement financé mon séjour et ma formation au CESAG- Dakar . Nous te remercions cher grand frère parce que tu t'es privé de beaucoup de choses pour nous permettre de nous former.

Nos grandes sœur GBAME L ROSINE et GBAMA HIRIDJE PHILOMENE et leurs époux pour les aides financières et les conseils que vous nous avez prodigués. Vous avez été des conseillers pour nous durant tout notre séjour à Dakar. Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Nos petits frères et sœurs, nièces et neveux pour ce que vous représentez pour nous. Vos présences nous contraignent à la persévérance ; nous voulons donc vous remercier et vous dire que nous serons toujours là pour vous.

Notre cousine CRASSO RACHELE pour tes aides financières et tes conseils judicieux.

L'Etat de Côte d'Ivoire mon pays pour toutes les aides.

TCHEMA RACHEL pour sa présence à mes côtés et ses conseils.

Nos tantes et oncles pour vos précieux conseils.

Notre tuteur M ZIE et famille pour leurs aides financières et leur hospitalité. Vous nous avez pris comme un petit frère et vous avez rendu notre séjour à Dakar agréable ; nous vous remercions donc pour tout.

M N'GUESSAN JEAN PIERRE pour votre hospitalité à notre égard ; trouvez ici l'occasion d'être remercié très sincèrement.

M DANIEL DIARA pour ses multiples aides.

Le Dr CHRIS ATIM notre encadreur et directeur de notre mémoire ; nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous encadrer malgré vos charges. Nous n'avons pas regretté de vous avoir eu comme encadreur. Votre contribution à ce travail n'a pas de contre partie ; mais que cette étude soit pour vous l'assurance de toutes nos reconnaissances.

Le Dr HERVE LAFARGE pour les orientations et votre disponibilité.

Le Dr MO MENA directeur de l'ISS pour vos conseils et les connaissances que vous nous transmises.

Le Dr AMANI KOFFI pour toutes les aides financières, vos précieux conseils et les connaissances que vous nous avez transmises.

Tout le corps professoral d'ISS pour les enseignements que vous nous avez donnés.

Le Dr sogoba M. économistes de la santé pour ton aide lors de la classification de nos données.

Mesdames GUEYE et MBENGUE pour leur disponibilité et leur contribution à notre formation.

Monsieur le directeur de l'hôpital saint jean de dieu de Thiès pour avoir accepté notre demande de la collecte des données dans son établissement ;

Monsieur les directeurs administratif pour l'accueil et les facilités dont il nous a fait bénéficier ;

Monsieur le directeur comptable et financier pour sa collaboration

Le personnel du service des consultations externes du dispensaire de saint jean de dieu pour leur précieuse et intelligente collaboration ;

Tout le personnel de l'hôpital saint jean de dieu pour sa collaboration et sa disponibilité ;

Messieurs ANDRE WADE, EMILE TINE, HAMIDOU CISSOKHO ; mesdames SIMONE TINE, FATOU, MARIETOU ; au GRAIM pour toute leur aide et collaboration ;

La Jeunesse Etudiant Catholique Universitaire de Dakar qui a été pour nous plus qu'une famille.

INTRODUCTION

L'utilisation par les populations des soins hospitaliers constitue aujourd'hui un réel problème. Des mécanismes de prise en charge dont les mutuelles de santé ont été mis en place pour faire face à cet épineux problème issu de la suppression de la gratuité des soins de santé héritée des indépendances. Cette mesure de suppression a éloigné une frange non négligeable de la population des formations sanitaires. En fait, les premières crises économiques des années 70 ont remis en cause tous les modèles de développement des indépendances. Les ressources financières devenaient de plus en plus rares tandis que les besoins sociaux des populations se multipliaient mettant ainsi les économies en crise sous fortes pressions. Le niveau de vie par habitant diminuait de 0,7 % et la dette des États était passée de 54 à 109 % du PIB du continent sur la période 1986-1990 (Yo Marina, mai 2002). L'État devenu financièrement incapable n'arrivait plus à assumer correctement ses devoirs régaliens vis à vis des populations.

Les programmes d'ajustement structurels (PAS) proposés par les institutions de Breton Wood aux économies en crise comme solutions marquaient le début des privatisations des sociétés d'État avec comme corollaire les licenciements en cascade en Afrique. Aujourd'hui, les résultats sont connus. L'État s'est désengagé des secteurs sociaux et est devenu plus dépendant de l'extérieur. Les populations sont devenues plus pauvres ne subvenant plus à leurs besoins élémentaires. Les subventions financières publiques se sont raréfiées surtout dans le secteur de la santé.

Des solutions vont être recherchées pour revitaliser les systèmes de protection sociale. C'est dans cette optique que l'OMS et l'UNICEF en collaboration avec les gouvernements, mettent en place en 1987, l'initiative de Bamako (IB) à travers les soins de santé primaires (SSP). L'IB avait pour objectifs d'impliquer les populations dans la gestion des structures sanitaires, dans le financement de leur santé et de procurer des ressources financières additionnelles aux structures sanitaires. Ces objectifs n'ont pas été tous atteints. L'initiative de Bamako a plus ou moins rendu les structures sanitaires financièrement autonomes. Des comités de santé ont été créés pour gérer les contributions des populations mais, cette gestion a été fortement critiquée du fait d'un manque de

transparence et d'une gestion inefficace des ressources financières. Les mutuelles de santé constituent des alternatives aux lacunes de gestion des comités de santé.. L'IB a certes amélioré la qualité des soins notamment l'accès aux médicaments mais, le recouvrement des coûts souvent mal appliqué, a contribué à exclure plus de populations déshérités avec un taux d'exclusion dans l'utilisation des services de santé de 51 % dans les pays en développement sur la période 1990-1995 (UNDP ou PNUD, 1997, p 29).

C'est ce contexte d'exclusion qui a favorisé dans les années 90, l'intervention du mouvement mutualiste. Certains gouvernements reconnaissent que les mutuelles de santé peuvent jouer un rôle important pour permettre l'accès aux soins des populations pauvres, (Dr Chris Atim, mars 2000). Ce mouvement va connaître un essor fulgurant au Sénégal. Il existe à Thiès une trentaine de mutuelles de santé avec vingt deux mutuelles fonctionnelles dont seize ont signé des conventions de prise en charge de leurs membres avec l'hôpital saint jean de dieu de Thiès (Annexe 1). La difficulté d'accéder individuellement aux soins hospitaliers est l'une des justifications de l'existence des mutuelles de santé. Il apparaît donc absurde que les populations n'adhèrent pas encore massivement dans les mutuelles de santé. Ces populations trouvent-elles sans doute que les avantages qu'offrirait les mutuelles ne sont-ils qu'une vue d'esprit ? Pensent-elles que les mutuelles de santé n'offrent que de très faibles avantages ? Ces interrogations nous ont poussé à envisager la présente étude dont le thème est: « Analyse comparative de l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non-mutualistes à l'hôpital saint jean de Dieu de Thiès ».

Pour réaliser cette étude, nous avons pensé que les aspects comme les coûts et la qualité des soins offerts ; les différentes formes des maladies prises en charge sont très importants. Ce sont des aspects à prendre en compte dans les études sur l'utilisation des soins hospitaliers. Il s'agira donc de confronter les coûts et la qualité des soins reçus, les différentes formes (la chronicité, la gravité et la bénignité) des maladies dont souffriraient les mutualistes et les non mutualistes de notre échantillon hospitalisés à saint jean de dieu. Nous nous sommes appuyés pour ce faire sur un plan de trois parties dont la première intitulée cadre théorique s'articule autour de trois chapitres. Le chapitre 1 expose le cadre de l'étude c'est à dire les aspects sanitaires et géographiques. Le chapitre 2 expose le cadre

conceptuel c'est à dire le problème de recherche, l'état de connaissance, le modèle théorique et les objectifs et hypothèses de recherche. Le chapitre 3 expose le cadre d'analyse c'est à dire la population cible, les critères d'inclusion et d'exclusion, les variables à étudier, les limites de l'étude et la méthode de collecte et de gestion des données. La deuxième partie est consacrée à la présentation des résultats de notre étude tandis que la troisième partie constitue le cadre de l'analyse des résultats.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG



Chapitre -I- CADRE DE L'ETUDE

Situé dans l'extrême ouest africain, le Sénégal, pays presque sahélo-désertique a une superficie de 196 722 km² et une population de 9 278 618 habitants (RGPH, 1999). La répartition spatiale de la population est très déséquilibrée à l'instar des autres pays en développement avec 65 % de la population sur seulement 14 % du territoire. Le Sénégal a une fécondité élevée avec un taux brut de natalité (TBN) de 42 % et un taux global de fécondité général (TGBF) de 223 pour mille ; sa population est très jeune avec 57% de moins de 20 ans (ESIS, 1999). Le Sénégal compte dix régions administratives divisées en départements, en arrondissements et en communautés rurales.

Thiès couvre une superficie de 6610 km² soit 3,4 % du territoire national avec un taux de scolarisation de 67 % et est située à environ soixante dix kilomètres de Dakar. Divisée en trois départements (Thiès, Tivaouane et mbour), neuf communes, dix arrondissements et trente et une communautés rurales, la région Thiès a une population de 1 279 032 habitants (RGPH, 1999) soit 13,78 % de la population du Sénégal et 39 % de cette population est urbaine ; (Kouassi Bidio, mai 2001). La population de Thiès est multiethnique, la principale activité économique est l'agriculture suivie de la pêche et du tourisme. Le secteur informel, très dynamique, occupe 60 % des actifs et le taux de chômage et de sous-emploi est de 24 %.

C'est dans cette ville que se situe l'hôpital saint jean de dieu, le cadre de notre étude. En fait, ce choix, parce que c'est le seul hôpital qui a signé des conventions de prise en charge avec les mutuelles de santé. De plus, il accueille aussi les non-mutualistes; nous avons trouvé à cet effet qu'il répondait le mieux à l'objectif de notre étude. Fondé par Monseigneur François Xavier Dione premier évêque de Thiès, l'Hôpital saint jean de Dieu, a été inauguré en 1981 et ouvert ses portes aux premiers malades en décembre 1983. La direction a été dès le début confiée à l'ordre hospitalier des Frères de saint jean de dieu arrivés au Sénégal en 1975. L'hôpital dispose de neuf services dont six services médicaux (la médecine, la pédiatrie, la cardiologie, l'ophtalmologie, la gynécologie obstétrique, la chirurgie) ; deux services médicaux techniques (la radiologie et le laboratoire d'analyses médicales et la pharmacie) et un service de réhabilitation et de rééducation

fonctionnelle. Il a une capacité d'accueil de 100 lits repartis entre la médecine interne, la pédiatrie, la chirurgie générale urologie et la gynécologie (maternité) en raison de 25 lits par services. Il dispose de onze médecins à temps plein et d'un médecin radiologue vacataire. Cet hôpital dispose pour les hospitalisations de trois catégories de salles dont les tarifs varient selon les niveaux, (tableau 1). Avant chaque hospitalisation, une caution de huit jours est exigée en fonction des différents tarifs. Au-delà des huit jours, si le patient est encore hospitalisé une nouvelle facturation est faite. Tous les hospitalisés hormis les cas sociaux et les mutualistes qui bénéficient de réductions, payent la caution prévue. Saint jean de Dieu est un hôpital sans but lucratif qui soutient les mutuelles de santé dans la prise en charge de leurs membres en leur accordant des facilités. Cependant, les mutualistes ne peuvent être hospitalisés qu'en deuxième et surtout en troisième catégories.

Tableau 1: Les tarifs dans les différentes catégories d'hospitalisation à saint jean de dieu

catégories \ Tarifs	Tarifs normaux	Tarifs (cas sociaux et mutuelles)
Première catégorie	20 000 FCFA / jour	néant (leur est inaccessible)
Deuxième catégorie	12 000 FCFA / jour	fonction du taux de réduction
Troisième catégorie	7 000 FCFA / jour	fonction du taux de réduction

Source : Données de l'enquête du mémoire de fin d'année DSES 4 CESAG 2001 / 2002

I- 1-Politique nationale de santé du Sénégal

La politique de santé est essentiellement un outil d'aide à la décision mis à la disposition de ceux qui ont pour tâche d'intervenir pour améliorer l'état de santé des individus et des populations. Une politique de santé est d'abord un énoncé de finalités en termes de grands principes qui guideront l'action de l'Etat en matière de santé sur une période définie. Ces finalités peuvent être de trois types. La première finalité pourrait être d'aider les individus à éviter les problèmes de santé qui sont évitables. La deuxième finalité pourrait être de

favoriser le retour à un niveau de santé optimal de ceux qui ont des problèmes de santé. La troisième finalité enfin pourrait être d'aider ceux pour lesquels rien ne peut être fait, à s'adapter à leur condition ou encore, dans le cas de problèmes terminaux, les aider à finir leur vie dans la dignité. Une politique de santé acceptable devrait être élaborée non en vase clos, à l'intérieur des frontières nationales bien définies mais en interaction avec la communauté internationale et en particulier avec les pays du sud. A l'instar des autres pays, le gouvernement du Sénégal est depuis longtemps conscient du rôle primordial que joue la santé dans le processus du développement national. C'est dans cet esprit que, soucieux du bien être de sa population, le Sénégal s'est dès son indépendance engagé à donner une orientation à sa politique de santé. Nous verrons dans cette section, cette politique de santé et son financement, le système de protection sociale et la situation sanitaire du Sénégal.

I- 1- 1- Politique de santé et son financement

L'importance du secteur de la santé dans de nombreux domaines socio-économiques a amené le Sénégal à accorder à ce secteur plus d'attentions. Cela se constate dans sa constitution en son article 14 et dans la ratification des textes internationaux telles la déclaration universelle des droits de l'homme, la charte de l'OUA et la convention des droits de l'enfant. En fait, la constitution sénégalaise en son article 14 stipule que : « L'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ». La constitution considère donc la famille comme l'entité la plus importante de la société.

La politique de santé et de l'action sociale du Sénégal découle de celle de 1989. Cette politique s'appuie sur le plan national de développement sanitaire (PNDS) qui est l'aboutissement d'un processus de réflexion entre le ministère de la santé et ses partenaires depuis 1995. Ce plan décennal couvre la période 1998-2007 et a pour objectifs principaux les réformes institutionnelles, l'amélioration de l'offre et l'accroissement des performances du système de santé. Pour rendre opérationnel le PNDS, un programme quinquennal (1998-2002), le programme de développement intégré de la santé (PDIS) est mis en place. Le PDIS est exécuté chaque année par le biais des plans d'orientation concoctés par tous les acteurs du développement sanitaire de la périphérie jusqu'au niveau central. Il

s'agit d'harmoniser toutes les interventions en conformité avec les besoins prioritaires. Le suivi et l'évaluation du PDIS sont assurés par un comité technique chargé de contrôler l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les structures sanitaires, le degré d'atteinte des objectifs prioritaires et la disponibilité du budget effectivement alloué à la santé par l'État.

Le secteur de la santé compte avant tout sur l'État pour son financement. Au début des années 1970, la part du budget national qui lui était consacrée était de 9 %. Cette part s'est progressivement dégradée pour atteindre environ 5 % au début de la décennie 90 du fait des difficultés économiques. Le Sénégal, pour se conformer aux recommandations de l'OMS s'est engagé chaque année à augmenter la part du budget de la santé dans le budget national de 0,5 % pour atteindre les 9 % exigés. En 1995, le budget du ministère de la santé et de l'action sociale s'est élevé à près de dix sept milliards de francs CFA soit 6,5 % du budget national. Il faut cependant signaler que tous ces moyens restent très insuffisants malgré l'apport supplémentaire des populations à travers le recouvrement des coûts des médicaments et des prestations de soins. La décentralisation qui fait obligation aux collectivités locales de participer au financement de la santé à hauteur de 8 % de leurs recettes au budget des communautés rurales et de 9 % pour les communes rurales n'a pas encore produit ses effets. Les comités de santé mobilisent entre 400 et 600 millions de francs CFA par an à l'exclusion du recouvrement des coûts des médicaments. Plusieurs ONG contribuent au financement des investissements dans le secteur de la santé parallèlement au secteur privé et aux populations. Les autres bailleurs de fonds interviennent aussi en conséquence pour appuyer l'OMS et l'UNICEF qui sont les principaux financeurs.

I- 1- 2- Système de protection sociale au Sénégal

Selon le thésaurus du BIT (Genève, 1991), la protection sociale est « un ensemble de garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage (ou d'autres risques sociaux), incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc. ». Le système de protection sociale est essentiel non

seulement parce qu'il offre des garanties de sécurité à la population mais aussi parce qu'il a des répercussions sur les activités génératrices de ressources pour les populations. Il est certes vrai que ce système social n'est pas toujours bien structuré en Afrique mais des efforts pour l'améliorer sont faits avec l'apport du secteur privé. Au Sénégal, ce système s'articule autour d'une part, de l'assurance maladie obligatoire et d'autre part, de systèmes facultatifs que sont les assurances commerciales et les mutuelles de santé.

➤ La protection maladie obligatoire

« La protection ou assurance maladie obligatoire est un système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'état », (BIT / STEP Afrique, 2000). Elle tire son origine des dispositions légales et diffère des autres types de protection de par le statut des bénéficiaires. Cette protection ne touche en termes de sécurité sociale prévue par le décret N° 72-215 du 07 mars 1972 que les fonctionnaires, les agents contractuels de la fonction publique ainsi que leurs familles. Elle assure 80 % des frais des soins médicaux à l'exclusion des médicaments. Les agents permanents du privé et leurs familles en bénéficient du fait de la loi du 30 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance maladie (IPM) et de son décret d'application numéro 75-895 du 14 août 1975. Elle assure entre 40 à 80 % du montant des soins médicaux et des médicaments. Pour les retraités et leurs familles, il s'agit d'une contribution dans le cadre de l'institution de prévoyance retraite au Sénégal (IPRES). L'IPRES mise en place par décret en 1975 couvre partiellement les frais médicaux des retraités en contre partie des prélèvements réguliers d'une cotisation maladie sur les pensions des retraités.

La protection obligatoire couvre le secteur formel et non le secteur informel qui regroupe pourtant la plus grande partie de la population. Ainsi, les chômeurs, les travailleurs des secteurs informels urbain et rural vont se retrouver sans protection sociale. Partant de ce fait, d'autres systèmes plus souples laissant le choix aux individus en fonction de leurs moyens se développent parallèlement pour combler cette absence de protection.

➤ La protection maladie non-obligatoire

C'est un système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couverte par le régime de sécurité sociale organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurance, (BIT / STEP Afrique, 2000). Elle est le fruit d'initiatives privées et peut être scindée en deux groupes : Les assurances maladie à but lucratif ou assurances commerciales et les assurances maladie sans but lucratif.

--Les assurances à but lucratif ou assurances commerciales se caractérisent par la recherche de profits. Elles mettent sur le marché des produits aussi bien pour les individus que pour les groupes. Les primes sont fonctions des risques ; plus on présente de risques élevés plus on paye et inversement. Généralement, l'état de santé des populations déshéritées semble être précaire du fait du retard dans le recours aux soins dû à leur situation financière. Ils présentent pour ce faire, plus de risques élevés pour les assurances commerciales. C'est un système d'assurance maladie très sélectif qui empêche une part importante de la population d'accéder aux soins car « le montant des primes demandées le réserve aux cadres d'entreprises et aux professions libérales » (Lalisse et Atlan, 1996)

--Les assurances maladie sans but lucratif comme leur nom l'indique, ne recherchent aucun profit. Elles ne fixent pas les primes en fonction des risques mais plutôt en fonction de la capacité à payer des individus ou de la communauté. Ce type d'assurance comprend entre autres, les mutuelles de santé. On distingue :

Les mutuelles de santé au « premier franc » qui couvrent les besoins sociaux des travailleurs du secteur informel de l'activité économique. Selon une étude du BIT-ACOPAM (1998), plus de 80 % des mutuelles de santé au « premier franc » opèrent dans le secteur informel. Les mutuelles de santé constituent des mécanismes de financement de santé sans lesquels près de 90 % de la population du secteur informel n'aurait pas accès aussi facilement aux soins de santé. Elles sont basées sur des réseaux de solidarité traditionnelle, ethnique ou professionnelle et disséminées aussi bien en milieu urbain que rural.

Les mutuelles de santé « complémentaires » assurent les prestations non couvertes par le système obligatoire. C'est le cas des mutuelles de santé Faggu des retraités de Thiès, des forces armées du Sénégal, de la douane du Sénégal, etc. La mise sur pied de mutuelles de

santé dans le secteur formel met en évidence la défaillance de la protection maladie obligatoire. Du fait de cette défaillance, aujourd'hui, nous tendons dans la plupart des cas vers des initiatives mutualistes de types corporatistes.

Le nombre actuel des mutuelles de santé au Sénégal peut amener à affirmer que malgré son jeune âge, le mouvement mutualiste connaît une évolution sans précédent. La première initiative mutualiste est partie de la région de Thiès avec la mutuelle de santé de Fandène en 1989. On peut aujourd'hui dénombrer environ quatre vingt dix mutuelles de santé au Sénégal avec Thiès comme la région phare. Ce mouvement a été surtout encouragé à Thiès par l'hôpital confessionnel saint jean de dieu avec les facilités qu'il offre aux mutuelles quant à la prise en charge des soins de leurs membres. Des structures ont été créées pour promouvoir les mutuelles de santé et coordonner leurs actions. Il s'agit de la caritas diocésaine de Thiès, la CRMST et le GRAIM. Il y a aussi l'environnement favorable suscité par la volonté politique traduite par la création de la CAMICS. Il faut également relever et saluer l'apport énorme des organismes de développement surtout internationaux tels que le PHR+, le PROMUSAF, le STEP / BIT, etc., qui ne cessent de soutenir l'évolution des mutuelles de santé au niveau de la promotion, la sensibilisation et la formation.

I- 1- 3- Situation sanitaire du Sénégal

I- 1- 3- 1- Organisation du système de soins

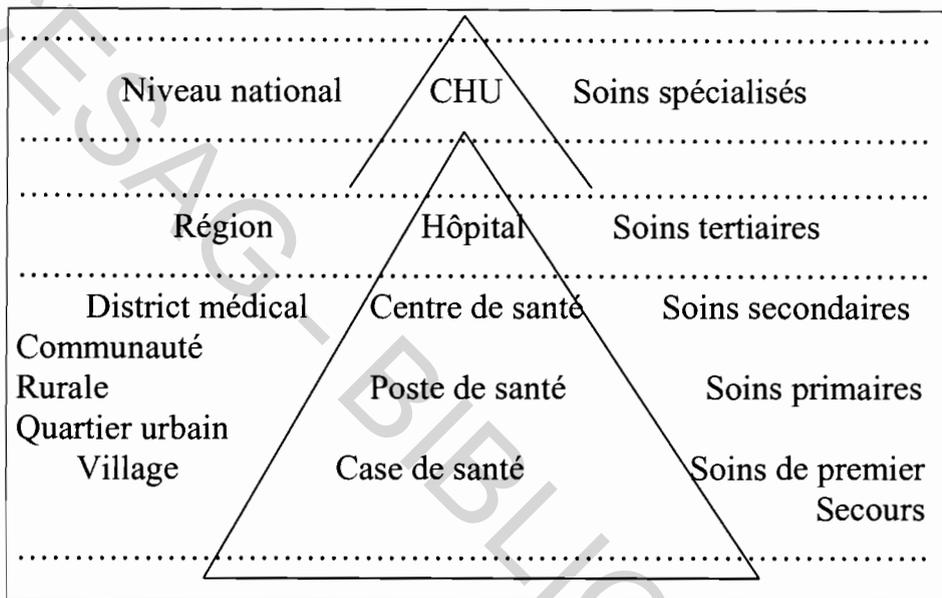
« Un système de soins est l'ensemble des activités dont les modalités de mise en œuvre et les résultats sont définis par l'expertise médicale », (Dr Hervé Lafarge, codex, 2001; CESAG). Selon le même auteur, « le système de soins a pour finalité la réduction des conséquences de l'incidence des maladies. Une représentation complète d'un système de soins implique qu'on tienne compte de la nature, du type de prestation fournie et du degré de spécialisation des principaux éléments composant ce système ».

Le système de soins peut être étudié par rapport à la pyramide sanitaire et à l'organisation du système hospitalier :

➤ Pyramide sanitaire du Sénégal

La programmation sanitaire du Sénégal (PSS) est le fondement de l'organisation du système de soins et de la définition des types de formations sanitaires. Pour mieux agencer les actions sanitaires, les autorités compétentes ont mis en place des unités territoriales hiérarchisées avec trois niveaux d'organisation, (figure.1). A chaque niveau correspond une administration qui coordonne et suit les activités de santé et des formations sanitaires.

Figure.1 : Pyramide sanitaire du Sénégal



Source : Banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique : Sénégal

Le niveau périphérique : C'est l'entité opérationnelle de base du système de santé . L'unité de base de la pyramide sanitaire est la case de santé qui abrite les pharmacies villageoises. Le Sénégal en 2000, comptait 1384 pharmacies villageoises dirigées par des ASC ou par des matrones qui mènent aussi des actions d'éducation sanitaire et des tâches de secouristes. Les postes de santé et les maternités rurales sont au-dessus des cases de santé et dirigés par des infirmiers ou sage femmes d'état chargés d'effectuer des consultations et d'assister les accouchements qui ne nécessitent aucun transfert. Les SSP sont dispensés à ce niveau. En 2000, le Sénégal comptait 768 postes de santé qui jouent un rôle essentiel car ils sont les plus répandus et plus accessibles aux populations. Les infirmiers et sage femmes d'état de ces structures supervisent aussi l'exécution de tous les programmes de SSP mis en œuvre dans les villages du périmètre d'action de leurs postes de santé. Le

centre de santé dirigé par un médecin généraliste assisté d'une maîtresse sage femme. Les soins de santé secondaires sont dispensés à ce niveau et les activités vont des consultations aux hospitalisations. Les centres de santé étaient en 2000 au Sénégal au nombre de 52. Le centre de santé est logé dans la circonscription médicale devenue depuis 1991, district sanitaire. Il existe au Sénégal 50 districts sanitaires dirigés chacun par un médecin chef de district qui supervise les formations sanitaires sous son autorité. Le centre de santé est la structure de référence dans chaque district sanitaire.

Le niveau régional : L'hôpital est la structure de référence aux formations sanitaires publiques et privées de la région. L'hôpital est le pilier de l'équipement sanitaire au niveau régional dans la mesure où il sert de cadre de traitement des cas les plus compliqués et constitue le type de structure le mieux équipé. L'hôpital régional est logé dans la région médicale dont le champ d'action correspond à la région administrative. Le Sénégal comptait 17 hôpitaux régionaux en 1995. La région médicale est dirigée par un médecin chef de région qui est à la tête d'une équipe de superviseurs et constitue une entité administrative qui coordonne et suit les activités sanitaires.

Le niveau national : C'est le sommet de la pyramide sanitaire qui correspond aux CHU au nombre de deux et tous localisés à Dakar. Ils représentent des structures de référence pour les formations sanitaires du Sénégal, fournissent des soins spécialisés, font de la formation et interviennent dans le domaine de la recherche.

➤ Organisation du système hospitalier du Sénégal

Il existe trois catégories d'établissements hospitaliers au Sénégal :

- ❖ Les établissements publics de santé hospitaliers repartis selon les niveaux :
 - Etablissements publics de santé hospitaliers de premier niveau qui sont des hôpitaux départementaux
 - Etablissements publics de santé hospitaliers de second niveau qui sont des hôpitaux régionaux ;
 - Etablissements publics de santé hospitaliers de troisième niveau qui sont des CHU.
- ❖ Les établissements hospitaliers qui participent au service public, (le principal de Dakar) ;

- ❖ Les établissements hospitaliers privés sans but lucratif et à but lucratif, (hôpital saint jean de dieu de Thiès...).

Les établissements hospitaliers du Sénégal sont régis par le décret 74-1082 du 04 novembre 1974 portant organisation des formations hospitalières. Ce décret a été révisé avec les lois 98-08 portant réforme hospitalière et 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Cette nouvelle organisation fait ressortir qu'à tous les niveaux, de l'unité de base (village) jusqu'à l'unité territoriale (région), des structures de soins existent. La volonté des autorités de décentraliser les ressources pour couvrir complètement et équitablement l'ensemble de la population a conduit à une hiérarchisation de l'espace médical.

Pour ce qui est de l'offre de soins, la région de Thiès dispose de 176 cases de santé, 94 postes de santé, 09 centres de santé, de 02 hôpitaux régionaux : un hôpital régional public et un hôpital privé confessionnel saint Jean de Dieu.

I- 1- 3- 2- Les indicateurs de morbidité et de mortalité

Le taux de morbidité au niveau national est de 38,4 % (ESIS, 1999) alors que ce taux est de 43,1 % en milieu rural et 31,1 % en milieu urbain. En 1993, sur les principales causes de morbidité, le paludisme était responsable de 29,6 % des cas ; les parasitoses de 9,5 %; les affections de la peau de 6 % et les affections respiratoires de 4,7 %. Les maladies parasitaires et infectieuses restent encore parmi les principales causes de morbidité du fait des moyens limités des programmes de lutte contre ces maladies. Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) n'a pas atteint son objectif de vacciner tous les enfants de 0 à 5 ans avant 1991. Il a même été noté une recrudescence des maladies observées entre 1985 et 1990.

La mortalité générale reste élevée malgré la baisse enregistrée ces dernières années. Le taux de mortalité est de 18 pour mille et l'espérance de vie à la naissance de 54 ans. Les taux de mortalité des enfants demeurent élevés : 68 pour mille pour la mortalité infantile et 131,4 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile. L'état de malnutrition reste préoccupant car 22 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et 8 % de la forme sévère de cette affection. Les maladies diarrhéiques, le paludisme et les maladies infantiles

continuent d'affecter les enfants et sont les principales causes de mortalité entre 0 et 5 ans alors qu'elles peuvent être facilement prévenues par l'hygiène, l'allaitement maternel. Le paludisme est la première cause de mortalité au Sénégal avec 50,1% des décès.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre -II- CADRE CONCEPTUEL

II- 1- Définition du problème de recherche

II- 1- 1- Problématique

Les populations en Afrique éprouvent de réelles difficultés pour accéder aux soins médicaux et surtout aux SH. Depuis la suppression de la gratuité des soins, une importante partie de la population du Sénégal (90 % au moins) éprouve des difficultés pour accéder aux SH. Ces populations, non seulement ne disposent pas de moyens financiers suffisants mais ne bénéficient d'aucun système de protection sociale. Elles sont donc livrées à elles-mêmes quant à leurs problèmes de santé et l'idée de la création des mutuelles de santé vient à point nommé pour leur servir d'alternatives. Au fil du temps, ces mutuelles de santé ont pris une place importante dans le système de santé du Sénégal. Il est certes vrai que du fait de leur petite taille, ces mutuelles ne sont pas financièrement puissantes mais couvrent néanmoins les hospitalisations qui semble-t-il sont très coûteuses. Toutefois, il semble que les mutuelles de santé ne couvrent en particulier que les populations des secteurs ruraux et informels urbains. Cela peut constituer un atout dans la mesure où ces populations ont des revenus généralement faibles qui ne peuvent pas leur permettre pris individuellement d'accéder aux SH. Aujourd'hui, le mouvement mutualiste bien qu'il n'ait pas totalement atteint l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins permet aux populations du moins à ses membres d'y accéder sans grandes difficultés par le système du tiers payant. Il devrait donc attirer plus de monde que ce que nous constatons à ce jour quant à l'adhésion aux mutuelles.

Dans la région de Thiès, la plupart des mutuelles couvrent les gros risques, sur 16 mutuelles de santé, une seule couvre les SSP selon une étude menée par GÜTTING et TINE (2000). Les mutuelles de santé ont opté sans doute pour cette politique parce que bien que coûteux, les gros risques ne sont pas fréquents donc entraînent des dépenses moindres. Le montant des cotisations mensuelles des mutualistes est très faible et varie généralement entre 100 francs à 300 francs. Les taux de recouvrement des cotisations sont cependant faibles malgré ces primes relativement basses. La prise en charge des gros

risques constituerait un danger financier du fait de la faible capacité financière des mutuelles. Tout cela devrait en principe affecter les activités des mutuelles. Il nous est donné de voir présentement que tel n'est pas le cas car ces mutuelles fournissent à leurs membres les prestations même les plus coûteuses, (archives du GRAIM). Pourquoi donc les populations sont-elles sceptiques par rapport aux mutuelles de santé? Ne réalisent-elles pas que ces mutuelles offrent de véritables avantages quant à l'accès ?

Face à cette situation, l'étude se propose d'analyser comparativement l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non-mutualistes dans le but de voir les avantages réels que l'adhésion aux mutuelles de santé pourraient offrir.

II- 1- 2- Justification du problème

Le mouvement mutualiste est très récent en Afrique de l'ouest et le Sénégal constitue un exemple réussi dans ce domaine. Il est né dans un environnement de crises économiques dans lequel la population (90 % au moins) ne bénéficie d'aucune protection sociale. Selon Letourmy, (1996), un sénégalais sur sept est couvert par un système d'assurance maladie. Il y a donc un énorme besoin de financement de la santé dans la mesure où il est difficile aux populations d'accéder surtout aux SH. Ces soins généralement offerts par les hôpitaux publics ou privés, ont été depuis toujours utilisés par ceux qui ont les moyens financiers et qui peuvent faire face aux coûts engendrés.

Aujourd'hui, les populations membres des mutuelles de santé accèdent aussi facilement aux soins hospitaliers ce qui n'est pas possible pris individuellement. Les mutuelles constituent donc un mécanisme de financement de la santé sans lequel certaines populations ne disposant pas de moyens suffisants ne devraient jamais avoir accès à ces soins. Les mutuelles osent même en permettant à leurs membres d'accéder à des soins de santé coûteux malgré les faibles cotisations qu'elles donnent. Elles vont jusqu'à assurer totalement les hospitalisations qui reviennent très souvent plus coûteuses. C'est à ce niveau que se situe l'importance de la question d'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes.

II- 1- 3- Définition des concepts

Cette section permettra d'avoir une idée précise des concepts utilisés dans le but de les circonscrire selon l'esprit de notre étude.

➤ Soins hospitaliers

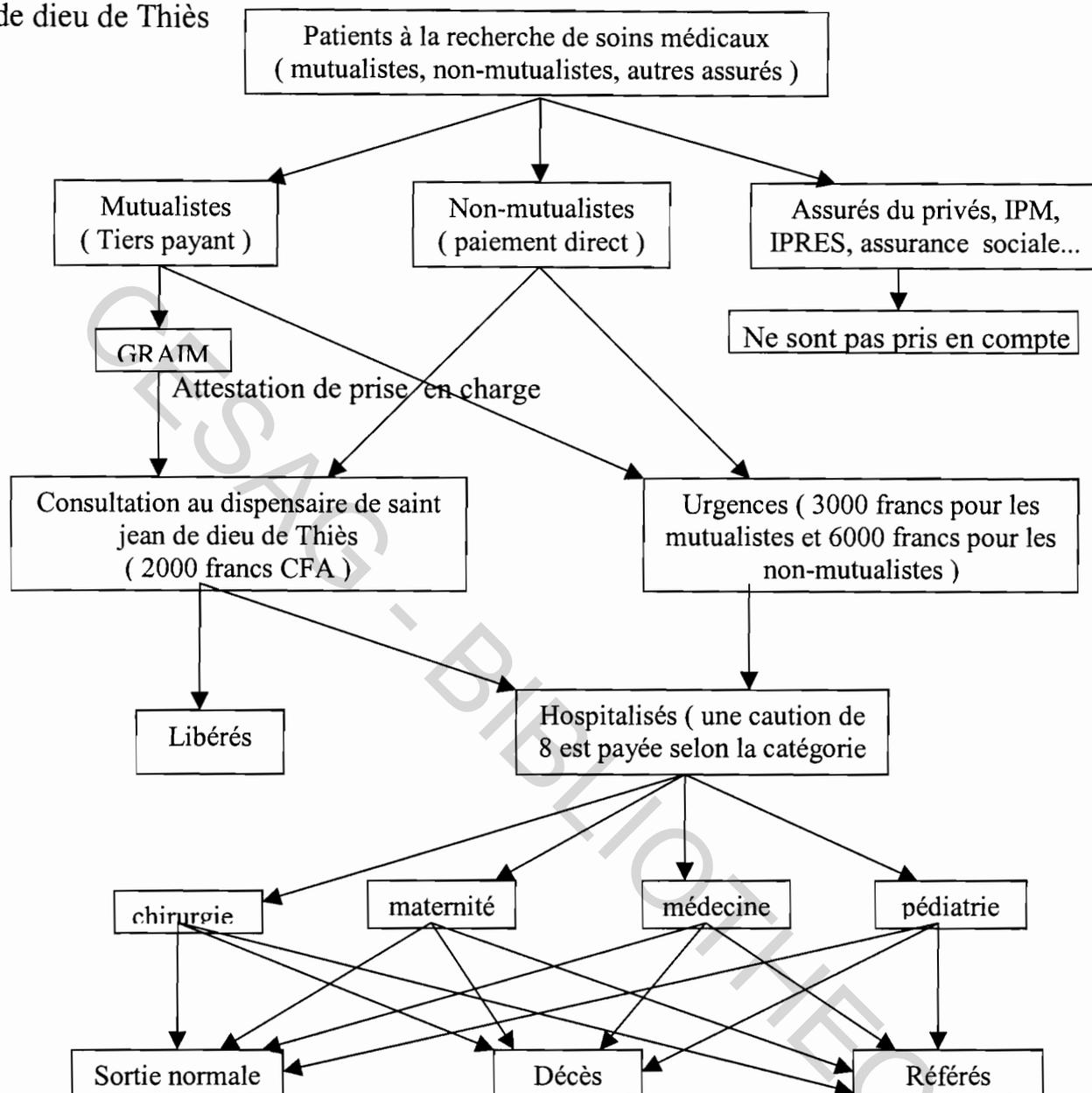
Les soins selon le Petit Larousse : « Ce sont les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade ». L'objectif principal de ces soins administrés est de rétablir ou d'entretenir l'état de santé des populations. Ces soins hospitaliers peuvent être administrés à trois niveaux d'hospitalisation :

L'hospitalisation à domicile pendant laquelle le patient reçoit les soins à son domicile. C'est un système de prise en charge permettant de soigner à domicile certains patients.

L'hospitalisation de jour qui est selon le dictionnaire des termes de médecine Le Garnier Delamare « une organisation selon laquelle le patient vient à l'hôpital le matin et rentre chez lui le soir ». Au cours de cette journée, un ensemble coordonné d'investigations et de traitements est entrepris. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

L'hospitalisation conventionnelle (Schéma 1) qui est une admission et un séjour de plusieurs jours dans un établissement hospitalier. C'est la forme la plus utilisée surtout dans nos pays et qui fait l'objet de l'étude que nous avons menée. Les SH conventionnels sont ceux dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour de plusieurs journées à l'hôpital, (BIT / STEP Afrique, 2000). Ils comprennent tout aussi bien l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux chirurgicaux, techniques (radiologie, biologie clinique, etc.) et les médicaments consommés. Les coûts engendrés par ces prestations liées à l'hospitalisation sont tellement élevés que ces prestations sont souvent appelées « gros risques ».

Schéma1: Les différentes étapes pour l'utilisation des soins hospitaliers à saint jean de dieu de Thiès



Source : Réalisé par GBAMA G MOISE, DSES, mémoire de fin d'année Cesag 2001 / 2003

➤ Utilisation des soins hospitaliers

Selon le Petit Larousse, utiliser « c'est recourir pour un usage précis à. ». L'utilisation des SH consiste à recourir à ces soins pour répondre à un problème de santé. Selon Fournier et al (1995), l'on ne peut comprendre le concept de l'utilisation que s'il le considère comme la résultante d'une démarche conduisant une personne ayant un problème de santé à

s'adresser à une structure de santé. La concrétisation de cette utilisation est subordonnée à un itinéraire divisé en quatre étapes. Pour utiliser une structure de santé, il faut :

D'abord l'émergence d'un besoin de santé issu de l'altération de l'état de santé à la suite d'un stimulus physiologique, psychologique et fonctionnel. Ensuite l'émergence d'un besoin de service qui amène l'individu et son entourage à identifier les actions thérapeutiques susceptibles de répondre au besoin de santé. Ces deux premières étapes dépendent étroitement de la volonté de l'individu et de son entourage. En fait, la diversité et la nature des besoins en compétition entraînent leur priorisation en fonction de leur urgence, du coût qu'ils peuvent engendrer et souvent en fonction de la coutume. Ensuite, une fois le besoin de service identifié et rendu possible, il faut évaluer les services utilisables en comparant les avantages et les coûts que les services envisagés présentent. La poursuite de l'itinéraire dépendra de l'interprétation que l'individu et son entourage feront des résultats antérieurs obtenus par ces services (prestataires) mais aussi de leur capacité de mobiliser les ressources financières nécessaires à cet effet. Enfin, l'utilisation proprement dite qui constitue la dernière étape est plus que nécessaire car de ses résultats antérieurs dépendront les futurs choix.

L'utilisation des services de santé est donc dans le cas d'espèce fonction de la situation sociale de l'individu, de la qualité et du coût des soins offerts et de la gravité de la maladie qui suscite le besoin de se rendre dans la structure sanitaire.

➤ Mutuelle de santé

Plusieurs définitions ont été données sur ce concept. Néanmoins, nous avons choisi de retenir celle du guide pratique à l'image des promoteurs, administrateurs et gérants des mutuelles de santé élaboré par le BIT / ACOPAM (1996) qui définit la mutuelle comme: « Une association facultative de personnes (libre adhésion) à but non lucratif (pas de profit) dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur la base de leurs actions, elle mène en leur faveur et en celle de leurs familles, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux ». De ce fait, la mutuelle constitue un mouvement social.

➤ Maladie

Selon le dictionnaire le Garnier Delmarre, la maladie est l'altération de l'état de santé se manifestant par des symptômes et des signes. En général, ce concept désigne un état morbide dont la cause est reconnue.

Selon aussi le dictionnaire de médecine Flammarion, la maladie est une perturbation des fonctions normales d'un ou de plusieurs organes dont les causes sont en général connues et qui se traduit par des signes et des symptômes.

➤ Maladie chronique

Le Garnier Delammre, dictionnaire des termes de médecine définit ce terme comme « un état qui dure, qui évolue longtemps ». Une maladie chronique est une maladie qui a perdu son caractère aigu, que l'on traîne sur une longue période (Le petit Larousse). La maladie chronique peut devenir grave si elle est mal traitée ou ne l'est pas du tout (bronchite, rhumatismes chroniques, etc.). La maladie chronique engendre généralement des coûts très élevés quant à sa prise en charge.

➤ Maladie grave

Selon Le Petit Larousse, un état grave « c'est un état qui peut avoir des conséquences fâcheuses ». Une maladie grave est celle qui peut facilement entraîner la mort donc qui tue facilement ; l'exemple de la crise cardiaque. De plus c'est une maladie qui est à l'étape finale de son évolution ; l'exemple du sida. La maladie grave peut, elle aussi occasionner d'énormes dépenses.

II- 2- Etat de connaissance

Les études sur l'utilisation des SH en termes de comparaison entre les mutualistes et les non-mutualistes n'existent pas encore suffisamment dans la littérature relative à la santé. Nous avons donc utilisé les écrits à caractère général mais aussi spécifiques à notre étude pour cette revue de la littérature.

Salim Haddad, (1992) dans son étude sur l'utilisation des services de santé en pays en développement évoque l'existence d'une diversité de recours thérapeutiques. Pour lui, les

services de santé modernes sont plus utilisés et les décisions d'utilisation des services sont liées aux caractéristiques des individus, de la maladie et des services fournis. Son modèle d'utilisation à visée curative met en exergue quatre étapes dans le recours aux soins. L'émergence d'un besoin de santé (situation anormale, déviante correspondant à l'existence d'un problème de santé) ; l'émergence d'un besoin de services (la diversité et la nature des besoins en compétition entraînent la priorisation de ces besoins en fonction de leur urgence pour la prise de décision d'utiliser ou non les services) ; l'évaluation des services utilisables (comparaison des avantages et des coûts des services envisagés) et enfin l'utilisation des services proprement dite. Ces quatre étapes constituent le processus suivi par le patient pour utiliser les soins médicaux, (Annexe 2). L'auteur s'est servi d'hypothèses qui mettent en relation l'utilisation des services et le prix; l'utilisation des services et la qualité des services ; l'utilisation des services et l'accessibilité et enfin l'utilisation des services et la saisonnalité. Pour réaliser son étude, l'auteur a utilisé les données administratives d'activités, des entretiens avec les responsables et des personnels de la zone de santé rurale de même que des enquêtes auprès des villageois.

Hsiao (1999) a pour sa part analysé le financement des soins de santé à travers plusieurs méthodes. Il évoque les forces et faiblesses de chaque méthode de financement et soutient que les pays combinent toujours plusieurs méthodes de financement car aucune ne peut produire seule de solution miracle. Selon lui, les dépenses de santé des ménages causées par des maladies graves peuvent être fréquemment la cause principale de pauvreté dans le cas du paiement direct. Au niveau des assurances privées, l'auteur soutient que leur viabilité dépendrait du nombre de leurs membres qui serait d'au moins 5000 membres. Or la plupart des mutuelles dont les membres sont l'objet de notre étude atteignent rarement ce nombre requis pour la viabilité des mutuelles. Cette étude sur le financement de la santé est utile dans la mesure où le financement reste un préalable à l'utilisation des services de santé. Cependant, l'auteur n'a pas clairement spécifié laquelle des différentes méthodes est plus efficace.

Contrairement à Hsiao, Yo Marina (2002) affirme que la taille des mutuelles de santé n'est pas très importante car, selon elle, malgré leur petite taille, ces mutuelles fonctionnent correctement et assurent à leurs membres des prestations. Pour elle, la viabilité des

mutuelles ne dépend pas de leur taille mais que d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Or, dans un système de prise en charge surtout en santé, le pooling des risques est très important car il permet de réduire considérablement le montant des primes qui constitue une barrière d'accès aux soins pour les populations déshéritées. Pour que les mutuelles de santé aient un fort pouvoir de négociation en face du prestataire, il faut impérativement qu'elles aient un nombre élevé d'adhérents. Tout ceci pour dire simplement qu'en plus des autres facteurs, la taille est d'une importance capitale ; ce que Yo Marina reconnaît par la suite dans ses recommandations. En fait, elle propose que les mutuelles se regroupent en une fédération de mutuelles pour avoir une grande marge de manœuvre quand il s'agira de parapher les contrats de prise en charge avec les prestataires de soins.

B. Criel et al, (1999) ont, dans leur étude, mesuré l'impact de l'assurance de santé de l'hôpital de Bwamanda sur l'efficacité, l'équité et l'efficience dans l'utilisation prioritaire et justifiée des services de santé de cet hôpital. Elle est focalisée sur les assurés et les non-assurés. L'étude a montré que les assurés vivant proche (à moins de 35 km) de l'hôpital utilisent plus les services de soins de santé. Ils affirment donc que la réduction des barrières financières par l'assurance n'est pas suffisante pour surmonter les barrières géographiques et qu'il faut tenir compte de la spécificité (l'urgence et la gravité) du problème de santé. Pour ce qui est de la durée de séjour à l'hôpital, l'étude n'a pas montré une différence significative entre les assurés et les non-assurés avec respectivement 10,5 jours et 9 jours d'hospitalisation. Selon les auteurs, l'assurance a augmenté le taux d'utilisation des services de santé pour les patients dans un fort besoin de soins de base. Cette étude est utile pour plusieurs raisons entre autres : Elle analyse l'utilisation des soins de santé par les mutualistes et les non-mutualistes et elle a été menée dans un hôpital de référence. Elle nous fournit donc des éléments nécessaires pour notre analyse.

Kutzin et Coll, (1992), dans leur étude analysent l'impact des programmes d'assurance maladie sur l'efficacité et l'équité du système de santé dans les pays en développement. Il ressort de cette étude que les mutuelles de santé peuvent mobiliser des ressources pour les services de santé. Cependant, l'inconvénient que ces mutuelles de santé présentent, est qu'elles ne permettent pas à tous d'accéder aux services de santé. En fait, elles créent une inéquité d'accès entre les mutualistes et les non-mutualistes. Kutzin et Coll soulignent le

fait que comme tous systèmes d'assurance, les mutuelles de santé sont soumises à la sélection adverse et au risque moral. Toutefois, ils soutiennent que la seule façon pour ces mutuelles de santé de venir à bout de ces principaux risques est qu'elles soient à la base bien conçues et bien gérées. Cette étude trouve son importance dans le fait qu'elle évoque les principaux risques auxquels peuvent être soumises les mutuelles de santé dans la prise en charge des besoins de leurs membres.

Le professeur Issakha Diallo, (juillet 2000), a tiré des conclusions sur l'utilisation des services sanitaires par les mutualistes et les non mutualistes. Selon ce rapport, la probabilité d'être hospitalisé est plus élevée quand on est mutualiste que quand on ne l'est pas. Il constate aussi que les mutualistes recourent plus aux thérapeutes (guérisseurs ou soignants en médecine moderne) et aux services offerts dans le secteur privé que les non mutualistes qui optent pour les services publics. De même, le rapport affirme que le coût moyen pour le traitement des maladies est plus élevé pour les mutualistes que pour les non mutualistes et les mutualistes restent plus longtemps en hospitalisation que les non mutualistes. Les résultats de l'étude ont fait ressortir l'existence importante de maladies chroniques (12 %) au sein des patients. Nous reprochons à l'auteur d'être resté muet quant à l'interprétation de ce taux de maladies chroniques c'est à dire lequel des deux groupes présente plus de maladies chroniques et les conséquences que cela pouvait entraîner. Toute fois cette étude nous est utile car elle fait ressortir certains aspects que nous envisageons étudier.

Kanga Armel J, (mai 2001), a pour sa part mesuré l'impact des facteurs socio-économiques sur l'utilisation des services de soins de santé maternelle. Il procède par une analyse exploratoire des données pour dégager les variables qui sont significativement associées à la variable expliquée. Il opte pour ce choix parce que selon lui, il y a un nombre élevé de variables explicatives et une incertitude sur le choix des variables à inclure dans le modèle. Il utilise donc plusieurs variables pour mesurer la fréquence d'utilisation du service de la CPN et l'importance du nombre de femmes qui accouchent dans une formation sanitaire moderne, assistées par du personnel qualifié. Il déduit une corrélation positive entre l'utilisation des services de soins de santé maternelle et certaines variables socio-économiques. Cette étude est utile en ce sens qu'elle met en exergue des variables

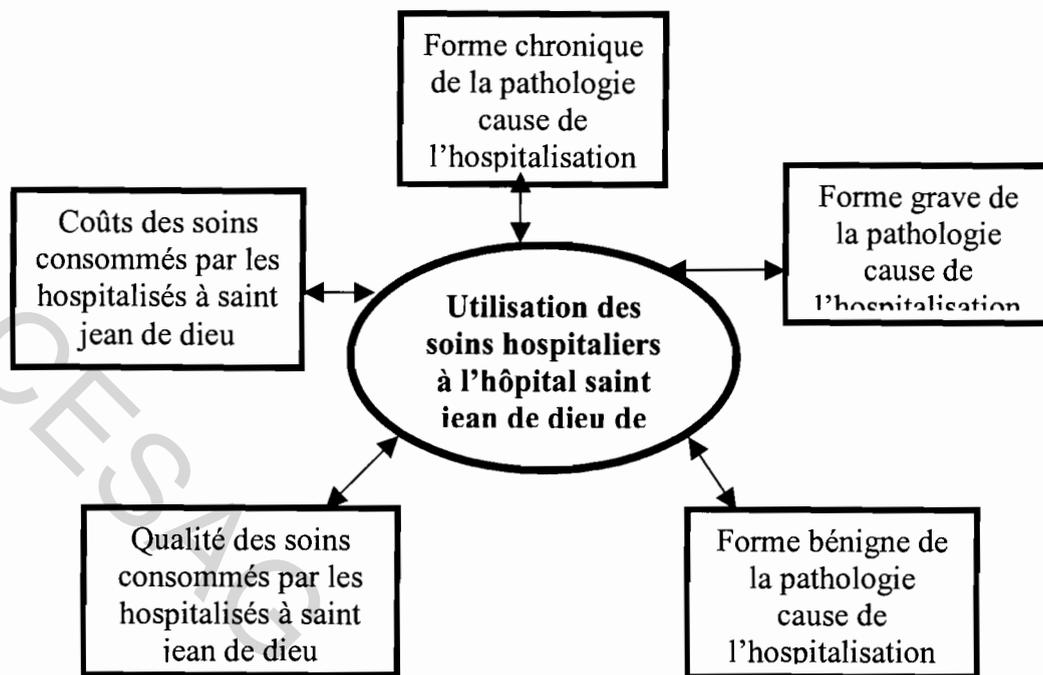
qui sont fondamentales dans l'utilisation des services de soins de santé maternelle. Elle peut donc nous permettre d'avoir une certaine idée sur les facteurs pertinents quant à l'utilisation des soins de santé en général.

Le Dr Chris Atim, (1996), fait une analyse comparative du financement communautaire et de la mutualité. L'auteur a examiné la contribution des assurances volontaires de santé à l'amélioration de la santé des populations et au développement social. Cette étude a été réalisée au Bénin, au Ghana, à l'Ile Maurice, au Rwanda, en RDC (ex Zaïre), et au Zimbabwe. L'accent a été mis sur la solidarité, l'équité d'accès, la gestion des risques, l'efficacité au niveau de ces assurances volontaires. La collecte des données a été faite par interviews des différents acteurs et au niveau des documents existants. Pour l'auteur, bien que les systèmes mutualistes ne soient pas substituables à l'assurance sociale obligatoire, ils jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des populations. Nous reprochons à l'auteur de n'avoir pas intégré dans l'enquête les structures sanitaires prestataires des soins aux mutuelles de santé. Toute fois, cette étude est intéressante dans la mesure où elle se situe dans le même esprit que la notre malgré de légères différences.

II- 3- Modèle théorique

La revue de la littérature nous a permis de constater que l'utilisation des soins en général dépend de nombreux facteurs. Cependant, nous avons choisi de ne retenir que la qualité, le coût des soins offerts et enfin les différentes formes des maladies prises en charge c'est à dire les aspects chronique, bénin et grave de ces maladies. Il s'agira d'analyser l'utilisation des soins hospitaliers en fonction de la qualité des soins, du coût des soins offerts et des formes des maladies prises en charge (Schéma 2). A travers cette figure, nous établissons les liaisons qui existent entre l'utilisation ou le recours aux soins et le coût, la qualité des soins et les différentes formes de maladies.

Schéma2: Schématisation du modèle théorique de l'utilisation des soins hospitaliers



II- 4- Objectifs de l'étude et hypothèses

II- 4- 1- Objectifs de l'étude

➤ Objectif général

Il s'agit de comparer l'utilisation que les mutualistes et les non mutualistes font des soins hospitaliers dans un hôpital privé en vue de mesurer les avantages qu'offrirait les mutuelles de santé à leurs membres.

➤ Objectifs spécifiques

- ♣ Déterminer lesquels des mutualistes et des non mutualistes bénéficient de soins de qualité;
- ♣ Déterminer lesquels des mutualistes et des mutualistes payent plus cher les soins reçus;
- ♣ Déterminer lesquels des mutualistes et des mutualistes présentent plus de maladies graves et de maladies chroniques.

Sur la base des objectifs spécifiques ci-dessus, il importe d'émettre les hypothèses qui nous permettront de mener notre étude en vue de répondre à la question de recherche.

II- 4- 2- Hypothèses de recherche

H 1 - Les mutualistes à tarif égal, payent plus cher que les non-mutualistes les soins consommés à saint jean de dieu ;

H 3 - Les mutualistes reçoivent plus de soins de qualité que les non mutualistes à saint jean de dieu;

H 3 - Les mutualistes présentent plus de maladies chroniques et moins de maladies graves.

Chapitre -III- CADRE D'ANALYSE

Pour cette étude, il nous est indispensable de définir la population cible. Elle a constitué la principale source de la collecte des données qui nous a permis de tester les hypothèses émises ci-dessus. Nous avons collecté aussi les données auprès des prestataires et responsables de saint jean de Dieu. La collecte des données s'est étalée sur une période de deux mois et demi. Elle a débuté le 30-décembre-2002 et a pris fin le 15-mars-2003. Nous avons été confronté à certaines difficultés durant la collecte. En effet, les enquêteurs n'étaient pas sur le terrain en permanence, certains hospitalisés n'ont donc pas été pris en compte parce que les enquêteurs n'étaient pas là à temps. Cependant, cela n'enlève en rien à la fiabilité des données que nous avons recueillies.

III- 1- Définition de la population à l'étude

Dans notre étude, il est question de comparer l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non-mutualistes. Cette étude porte donc exclusivement sur les patients au niveau d'une structure sanitaire. On distingue deux groupes de patients: Les mutualistes bénéficiant des prestations prises en charge par les mutuelles de santé et les non mutualistes qui évoluent dans un système de paiement direct. Toute personne qui bénéficie d'un quelconque mécanisme de protection sociale autre que la mutuelle de santé est automatiquement exclue de la population cible. Ce choix est motivé par le fait que nous voulons simplement comparer deux mécanismes de financement de la santé à savoir le paiement direct et le tiers payant à travers les mutuelles de santé.

Du fait de la situation économique, il a été difficile, voire impossible pour une frange importante de la population non couverte par un quelconque mécanisme de protection sociale d'accéder aux SH. Les mutuelles de santé ont donc été mises en place par cette population pour leur servir d'alternatives aux problèmes de santé. Il est certes vrai actuellement, que ces mutuelles n'ont pas totalement résolu les problèmes d'accès aux soins car de nombreuses personnes démunies restent sans protection sociale. Il a donc fallu recourir à une structure sanitaire pour mesurer cette utilisation des services sanitaires et par les mutualistes et les non-mutualistes. Généralement en Afrique, du fait de la pauvreté, la

population hormis les bénéficiaires d'un mécanisme de protection sociale, ne se rend en consultation dans une structure sanitaire que lorsqu'elle est gravement atteinte. L'étude va s'intéresser aux patients dans une structure sanitaire. Cela ne peut se faire que dans une structure utilisée largement par les mutualistes et les non-mutualistes. Au Sénégal, l'hôpital saint jean de Dieu de Thiès qui bien qu'étant une structure privée (confessionnelle à but non lucratif) se trouve dans cette situation. En fait, c'est le seul hôpital qui a signé des conventions avec des mutuelles de santé mais qui est aussi utilisé par les non-mutualistes.

Aujourd'hui, cet hôpital est utilisé par environ 28 % de la population de la région Thiès dont les mutualistes, les personnes sans protection sociale et les autres assurés (les assurances commerciales, les assurances obligatoires, les IPM et les IPRES). C'est donc un hôpital qui rend d'énormes services aux populations surtout aux mutualistes qui n'y avaient pas accès individuellement. De cette proportion, nous pouvons déduire la taille de notre échantillon avec un écart réduit de 1,96 et un risque de précision de 0,05. Si N est la taille de cet échantillon, nous avons en définitif, $N = (1,96^2 \times 0,28 \times 0,72) / 0,05^2 = 310$ patients.

Il s'est donc agi dans notre étude, de collecter des informations auprès de 310 patients hospitalisés à saint jean de Dieu pendant la période qu'a duré l'enquête. Nous n'avons interviewé que les hospitalisés mutualistes et non mutualistes effectivement reconnus comme tels à saint jean de Dieu. Ces informations nous ont permis de tester nos hypothèses pour répondre à la question de recherche. De ce qui précède, nous déduisons que nous avons un échantillon non-probabiliste accidentel car les patients enquêtés l'ont été en fonction de leur présence à saint jean de Dieu.

III- 2- Les critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude ne pouvant pas prendre en compte tous les hospitalisés de saint jean de dieu de Thiès pendant la durée de notre enquête, nous avons eu recours à des critères de choix. Ce choix parce que saint jean de dieu reçoit plusieurs catégories de patients membres ou non de différents mécanismes de financement de la santé.

III- 2- 1- Critères d'inclusion

L'hospitalisé qui est pris en compte dans notre échantillon doit être ;

--Un hospitalisé à saint jean de dieu ;

--Un hospitalisé qui paye directement les soins qu'il reçoit ;

--Un hospitalisé membre bénéficiant des prestations de l'une des mutuelles de santé ayant une convention de prise en charge avec saint jean de dieu et à jour de ses cotisations ;

--Un hospitalisé qui accepte d'être interviewé.

III- 2- 2- Critères d'exclusion

--Un hospitalisé qui bénéficie des prestations des IPM, des IPRES et des assurances commerciales ou sociales obligatoires.

III- 3- Définition des variables mesurées

Cette section va nous permettre d'identifier à travers les différentes variables, les indicateurs pour vérifier les hypothèses formulées. L'état de connaissance montre que le recours aux services médicaux dépend de plusieurs facteurs qui sont entre autres la qualité des soins, le coût des soins reçus, les différentes formes de la maladie, etc. Il faut également ajouter la distance entre la résidence du patient et la structure sanitaire qui traduit l'accessibilité géographique. Elle influence l'utilisation des services de santé car de cette distance, peut dépendre la décision de se rendre ou non dans la structure sanitaire. Plus la population est éloignée de la structure sanitaire, moins elle s'y rendra et inversement mais cela dépend de l'urgence du problème de santé du patient. Nous ne tiendrons pas compte de ce facteur parce que les patients sont déjà hospitalisés et ne sont donc plus confrontés à ce problème de distance. La définition de la qualité des soins dans le domaine de la santé n'a jamais fait l'unanimité (Knowles et al. ,1997). Dans cette diversité de définitions, Donabédian distingue trois niveaux d'appréciation de la qualité des soins: La structure, le processus et les résultats.

La qualité des soins est : « Le genre de soins qui serait susceptible de maximiser une mesure globale du bien-être des patients, une fois pris en compte les avantages et les

inconvenients escomptés allant de pair avec le processus de soins sous tous ses aspects » (Donabédian, 1980). Malgré cette diversité, plusieurs spécialistes dont Maxwell (1994) et Wessning (1994) reconnaissent les trois niveaux définis par Donabédian. Selon Knowles, (1997), ces trois niveaux de référence peuvent être vus comme suit:

Le processus, c'est tout ce que la relation que le patient entretient avec un système de santé implique ; c'est-à-dire les aspects interpersonnels de la prestation des soins, les aspects relatifs à l'environnement dans lequel les soins sont dispensés, le protocole de la bonne pratique des soins médicaux et qui ont une incidence sur le patient.

Le résultat, c'est la fin du processus. Il se mesure à travers les changements constatés dans l'état de santé actuel et futur du patient du fait des soins antérieurs.

La structure, c'est l'ensemble de tous les autres aspects du système de santé qui appuient l'interaction entre ce système et le client (patient) ou qui sont liés à cette interaction. On peut citer les établissements de santé, les systèmes d'assurance, les médicaments, la gestion et la supervision.

L'appréciation de la qualité est fonction du statut de chaque acteur. Les prestataires de soins sont plus enclins à demander plus de matériels sophistiqués, d'infrastructures modernes mais ne se sont jamais préoccupées des insuffisances du processus et des résultats qu'ils ont tendance à mettre au compte des faiblesses de la structure. Pour les patients et leurs entourages, la qualité des soins, c'est la conséquence de l'amélioration de leur état de santé. Pour Akin et al., (1995), les comportements des patients sont guidés par l'image de la qualité que projettent les prestataires. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est en grande partie liée à une qualité de services déficiente (Sauerborn et alii, 1989). Du fait de la difficulté éprouvée pour évaluer la qualité des soins selon les normes médicales, nous avons jugé bon de ne prendre en compte que la disponibilité des médicaments, les visites médicales reçues par les patients durant l'hospitalisation et la satisfaction que les patients retirent du traitement.

La fréquentation ou l'utilisation des services de santé correspond à la demande de soins provenant du patient pour les soins curatifs et d'autres personnes pour les soins préventifs. C'est donc la volonté d'un individu ou d'une communauté qui cherche à soulager ou à anticiper un soulagement de sa souffrance dans une structure sanitaire. L'utilisation des

services est fonction de la combinaison de l'offre et de la demande de soins.

Le coût des soins est l'ensemble de tout ce que le patient engage comme temps et moyens financiers pour bénéficier des soins dont il a besoin. Ce coût comprend les tarifs payés par la mutuelle, par le patient pour les soins et les frais indirects (transport. et dépense affectée à la nourriture) mais aussi le temps consacré à la recherche de ces soins.

La maladie chronique est une maladie que l'on traîne sur une longue période. Lorsqu'elle n'est pas régulièrement traitée, elle surgit à tout moment (épilepsie, diabète, etc.). Une maladie chronique peut devenir grave. Est donc considérée comme grave, la maladie qui est à la dernière étape de son évolution mais aussi qui peut entraîner une mort subite (crise cardiaque).

Enfin, les caractéristiques socio-économiques se réfèrent à la situation sociale du patient.

❖ Les indicateurs pour étudier ces variables

Pour mesurer la chronicité, la gravité et la bénignité de la maladie traitée, qui traduit le degré de sévérité ou de complication de la maladie, on tient compte :

- De la durée moyenne d'hospitalisation : Elle sera calculée par rapport aux mutualistes et aux non mutualistes en divisant d'abord la durée totale de séjour de chaque groupe de patients par son effectif; ensuite la durée moyenne totale se calculera en divisant la somme des durées totales de séjour des deux groupes par l'effectif total de l'échantillon.
- Du recours à saint jean de dieu : Il s'agit des anciens recours effectués par les patients à saint jean de dieu. Ces différents recours nous permettront de connaître lesquels des mutualistes et des non mutualistes utilisent plus les services de saint jean de dieu ;
- Des hospitalisations à saint jean de dieu : Il s'agit des anciennes hospitalisations des patients à saint jean de dieu. Elles montrent le degré de gravité des pathologies affectant les individus, l'hospitalisation sera justifiée par la gravité de la pathologie;
- Du diagnostic clinique posé par le prestataire : Il s'agit de la définition médicale de la pathologie pour laquelle l'individu s'est mis à rechercher les soins médicaux. De ce diagnostic dépend le type de soins qui sont offerts au patient.

Pour le coût des soins offerts, qui est l'ensemble de tout ce que le patient débourse comme moyens financiers et temps pour bénéficier des prestations, on tiendra compte :

- Du transport déboursé par le patient pour se rendre à l'hôpital ;
- Du prix payé directement par le patient non mutualiste pour bénéficier des soins ;
- Du prix supporté par les mutuelles qui bénéficient de réductions tarifaires pour la prise en charge de leurs membres ;

Pour la qualité des soins diversement appréciés par les prestataires et les patients, on tiendra compte des :

- Indicateurs de qualité médicalement reconnus qui sont :
 - La disponibilité des médicaments à l'hôpital ;
 - Le suivi médical du patient par le médecin durant son hospitalisation
- Indicateurs de satisfaction des patients hospitalisés qui sont :
 - Le comportement des prestataires des soins vis à vis des patients durant leur hospitalisation,
 - La catégorie d'hospitalisation du patient : Nous avons retenu cet indicateur parce tous les patients (mutualistes et non mutualistes) n'ont pas les mêmes possibilités d'hospitalisations dans les différentes catégories. Pourtant, il existe un lien étroit entre la qualité des soins et la catégorie (salle) d'hospitalisation. Les mutualistes, contrairement aux non mutualistes ne peuvent être hospitalisés que dans la troisième catégorie et accessoirement dans la deuxième. Il peut donc se poser un problème de qualité des soins reçus par ces mutualistes.
 - L'entretien des salles et des lits : C'est aussi un volet très important dans le secteur de la santé. Le fait que les salles d'hospitalisation soient correctement entretenues, les lits bien tenus et propres peut refléter l'importance que la structure sanitaire accorde à la qualité. L'état de santé d'un patient peut être influencé par l'entretien des locaux et

des lits.

III- 4- Stratégie de recherche

La collecte des données s'est faite au niveau des différents services de l'hôpital saint jean de dieu. Dans cette collecte, il a été pris en compte toutes les prestations qui font l'objet de convention entre les mutuelles de santé et l'hôpital mais aussi celles qui en sont exclues (interventions chirurgicales) et pour lesquelles les mutualistes bénéficient de réductions. Cette collecte de données s'est faite à travers des questionnaires administrés aux patients, (Annexe 3), un entretien avec des prestataires de saint jean de dieu qui a été complété par une recherche documentaire au niveau des registres des dossiers médicaux des malades. Nous avons également eu recours aux archives de la comptabilité pour les différents tarifs des actes médicaux appliqués aux patients à saint jean de dieu, (Annexe 4). L'administration des questionnaires a permis de recueillir des données pour vérifier les hypothèses de l'étude. La collecte de données exigeait la maîtrise de certains facteurs indispensables à son bon déroulement. Parmi ces facteurs indispensables, nous pouvons dans le cas de notre étude citer la langue couramment parlée qui est le wolof au Sénégal. L'administration du questionnaire aux patients a été donc réalisée par des enquêteurs sénégalais. L'entretien avec les prestataires a été fait par le stagiaire (chercheur) lui-même.

Plusieurs visites de terrain ont été effectuées par le stagiaire pour une prise de contact avec les prestataires et le GRAIM à Thiès. La rencontre avec les responsables de saint jean de dieu nous a permis de vérifier la disponibilité de l'hôpital pour la réalisation de notre étude et de recueillir des informations relatives aux différents services de l'hôpital. Cela en vue de connaître le nombre exact d'enquêteurs nécessaires pour la collecte des données du fait des moyens limités dont nous disposons. Celle que nous avons eue avec les responsables du GRAIM était indispensable et ce pour diverses raisons. En fait, le GRAIM doit être associé à toute étude sur les mutuelles de santé de la région de Thiès parce qu'étant l'une des structures par excellence qui travaillent avec les mutuelles de santé. Cette rencontre s'est avérée nécessaire pour avoir et le consentement des mutuelles de santé et le consentement des mutualistes malades en vue du bon déroulement de l'enquête. Cela

s'explique aussi par le fait que toutes les études effectuées le plus souvent sur les mutuelles de santé dans la région ont eu la caution du GRAIM

III- 5- La gestion des données

Le plan d'analyse a consisté à étudier les différentes variables à travers les indicateurs qui leur correspondent. Cette analyse nous a conduit à faire ressortir au niveau des mutualistes et des non mutualistes, les variables pertinentes quant à leur utilisation des soins hospitaliers. Nous avons mené notre analyse par une comparaison pour apprécier la pertinence des variables au niveau des deux groupes de patients de l'échantillon. L'Analyse nous permis de vérifier les hypothèses posées plus haut. L'analyse des variables retenues s'est faite sur la base des différentes formes des pathologies. Ce qui nous a conduit à faire une classification catégorielle de ces maladies en quatre groupes : les maladies chroniques, les maladies graves, les maladies bénignes et enfin l'association des trois précédentes maladies. Le dernier groupe de maladies ne sera pas pris en compte pour la simple raison qu'il est composé des différentes maladies citées plus haut. L'étude de ces différentes pathologies l'inclut de facto. Nous avons opté pour ce choix parce que nous avons jugé nécessaire qu'une étude comparative doit être réalisée sur des groupes plus ou moins identiques donc ayant des caractères semblables. Pour la saisie des données et l'analyse des résultats, nous avons utilisé respectivement les logiciels EPI 6, Excel et le logiciel Epi Info 2002.

III- 6- Les limites de l'étude

Comme toute étude, la notre n'est pas exempte de limites. Nous donnons ici quelques-unes d'entre elles. D'abord le choix de la ville de Thiès qui ne peut constituer un choix objectif. En effet, les mutuelles de Thiès n'évoluent pas dans le même contexte que celles des autres régions. Par le biais de l'hôpital saint jean de Dieu, ces mutuelles bénéficient d'énormes facilités de prise en charge de leurs membres. Le choix de cette ville pour une étude concernant les mutuelles peut biaiser les résultats quant à la capacité réelle des mutuelles de santé à financer la santé. La viabilité des mutuelles de santé de Thiès n'est-elle pas liée à ces facilités contrairement aux autres mutuelles? Ensuite, le fait de travailler seulement

sur les patients de saint jean de Dieu constitue aussi une limite. Cela parce que nous ne savons pas ce que deviennent les autres patients, où vont-ils se faire soigner et pourquoi ne viennent-ils pas à saint jean de Dieu pour les mêmes maladies? Il peut y avoir des patients qui, pour des raisons diverses, peuvent refuser de se faire soigner à saint jean de Dieu. De ce fait, les résultats de cette étude ne peuvent pas refléter totalement la réalité, tous les patients ne se rendant pas à saint jean de Dieu. En plus, les patients qui ne sont pas traités à saint jean de Dieu sont peut-être plus caractéristiques des aspects que nous voulons étudier. On ne peut pas extrapoler sans précaution les résultats. Ensuite, le fait d'étudier uniquement les soins hospitaliers au détriment des soins ambulatoires constitue une limite. Il serait tentant d'inclure les soins ambulatoires pour étudier globalement ces différents aspects mais nous avons jugé cela non pertinent du fait du temps dont nous disposions, des coûts que cela devrait engendrer.

Une des limites vient du fait que nous avons été confrontés à de sérieux problèmes pendant la collecte des données. Les patients éprouvaient des difficultés pour dire avec exactitude le montant qu'ils payent pour l'hospitalisation et les soins reçus. Il y a aussi le fait que certains patients ont refusé de donner le montant exact de leur revenu. Enfin, notre échantillon étant non probabiliste et accidentel, il nous sera difficile de généraliser les résultats qui seront obtenus.



DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES
RESULTATS

Dans cette partie de l'étude, nous ferons d'abord une présentation globale des caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées. Ensuite nous entamerons celle des variables retenues par le biais des différentes hypothèses.

I / Présentation des caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées

Il s'agit de présenter uniquement les caractéristiques socio-économiques des hospitalisés mutualistes et non mutualistes. Cette option a été motivée simplement par le fait que nous avons jugé nécessaire d'avoir une idée sur les personnes enquêtées avant d'aborder le volet concernant les hypothèses de recherche.

Tableau 2 : Répartition des hospitalisés selon leur statut

	Fréquence	Pourcentage
mutualiste	59	28,20%
Non mutualiste	150	71,80%
Total	209	100 %

Tableau3 : Répartition des hospitalisés selon leur ethnie

	Fréquence	Mutualistes	Non mutualistes
Wolofs	104 49,7 %	15 7,2 %	89 42,6 %
Sérères	61 29,2 %	39 18,7 %	22 10,5 %
Peuhls	11 5,3 %	0 0 %	11 5,3 %
Autres	33 15,8 %	5 2,4 %	28 13,4 %
Total	209 100 %	59 28,2 %	150 71,8 %

Notre échantillon est constitué de 209 hospitalisés répartis dans les services de chirurgie, maternité, médecine et de pédiatrie de l'hôpital saint jean de dieu de Thiès. Ces 209 patients sont tels qu'il y a 59 mutualistes et 150 non-mutualistes (Tableau 2). Une répartition selon l'ethnie donne 49,7 % de Wolofs avec 15 mutualistes et 89 non mutualistes, 29,2 % de Sérères avec 39 mutualistes et 22 non mutualistes, 5,3 % de Peuhls tous des non mutualistes et enfin 15,7 % d'autres ethnies avec 5 mutualistes et 28 non mutualistes, (tableau 3). Il y a une prédominance de non mutualistes que de mutualistes chez les Wolf alors que tous les peuhls sont des non mutualistes. Chez les autres ethnies (15,8 %), ce sont les non mutualistes qui sont aussi en grand nombre (13,4 %), le reste

étant constitué de mutualistes (2,4 %). C'est seulement chez les Sérères qu'il y a un nombre élevé de mutualistes (18,7 %) par rapport aux non mutualistes (10,5 %).

Tableau 4 : Répartition des hospitalisés

selon le sexe

	Fréquence	mutualistes	Non mutualistes
Hommes	72 34,4 %	22 10,5 %	50 23,9 %
Femmes	137 65,5 %	37 17,7 %	100 47,8 %
Total	209 100 %	59 28,2 %	150 71,8 %

Tableau 5 : Répartition des hospitalisés

selon la religion

	Fréquence	mutualistes	Non mutualistes
Musulman	163 78 %	23 11 %	140 67 %
Chrétien	46 22 %	36 17,2 %	10 4,8 %
Total	209 100 %	59 28,2 %	150 71,8 %

Les hommes sont au nombre de 72 avec 22 mutualistes et 50 non mutualistes contre 137 femmes avec 37 mutualistes et 100 non mutualistes. Il y a une nette prédominance de femmes dans l'échantillon, (Tableau 4). Cette prédominance existe également au niveau des deux groupes. Sur les 59 mutualistes, il y a 37 femmes et 22 hommes. Sur les 150 non mutualistes, les femmes sont au nombre de 100 contre 15 hommes ; ce qui représente le double des hommes.

Les musulmans quant à eux, y sont représentés à hauteur de 163 avec 23 mutualistes et 140 non mutualistes contre les 46 chrétiens avec 36 mutualistes et 10 non mutualistes. Ici, ce sont les musulmans qui sont plus représentés par rapport aux chrétiens ; (Tableau 5). Sur les 59 mutualistes, il y a plus de chrétiens que de musulmans avec 36 chrétiens et 23 musulmans. Par contre, chez les non mutualistes, ce sont les musulmans qui sont en grand nombre. Sur les 150 non mutualistes, il y a 140 musulmans alors que les mutualistes ne sont qu'au nombre de 10.

Tableau 6 : Répartition des hospitalisés selon les différents niveaux des revenus

	Fréquence	Mutualistes	Non mutualistes
[0-20000[	144 68,9 %	44 21,1 %	100 47,8 %
[20000-40000[	40 19,1 %	10 4,8 %	30 14,3 %
[40000-60000[	11 5,3 %	3 1,4 %	8 3,8 %
[60000-80000[	4 1,9 %	1 0,5 %	3 1,4 %
[80000-100000[	7 3,4 %	1 0,5 %	6 2,9 %
[100000-500000[	3 1,4 %	0 0 %	3 1,4 %
Total	209 100 %	59 28,2 %	150 71,8 %

Du point de vue des revenus, nous constatons que le niveau de revenu et le nombre des patients évoluent en sens contraire. Sur les 209 hospitalisés ; 68,9 % des personnes enquêtées ont un revenu qui se situe dans l'intervalle [0-20000[avec une répartition de 44 mutualistes et 100 non mutualistes; 19,1 % de ces personnes ont un revenu contenu dans l'intervalle [20000-40000[avec 10 mutualistes et 30 non mutualistes et 5,3 % des hospitalisés dont 3 mutualistes et 8 non mutualistes ont un revenu situé dans l'intervalle [40000-60000[, 1,9 % des patients dont 1 mutualistes et 3 non mutualistes ont un revenu compris dans l'intervalle [60000-80000[, 3,4 % des hospitalisés tous des non mutualistes ont un revenu situé dans l'intervalle [80000-100000[et enfin 1,4 % des hospitalisés tous des non mutualistes ont un revenu situé dans l'intervalle [100000-500000[, (Tableau 6). Ces données montrent plus ou moins que les individus de notre échantillon ne sont pas financièrement bien lotis. Par contre, quant aux deux groupes d'hospitalisés étudiés, ce sont les non mutualistes qui ont plus de moyens financiers par rapport aux mutualistes.

Tableau 7 : Répartition des hospitalisés selon le lieu d'habitation

	Mutualistes	Non mutualistes	Total
Village	38 18,2 %	32 15,3 %	70 33,5 %
Ville	21 10 %	118 56,5 %	139 66,5
Total	59 28,2 %	150 71,8 %	209 100 %

Tableau 8: Répartition des hospitalisés selon le statut professionnel

	Mutualistes	Non mutualistes	Total
Actifs	40 19,1 %	98 46,9 %	138 66 %
Inactifs	19 9,1 %	52 24,9 %	71 34 %
Total	59 28,2 %	150 71,8 %	209 100 %

Les hospitalisés de l'échantillon qui habitent les villages sont au nombre de 70 avec 38 mutualistes et 32 non mutualistes contre 139 dans les villes avec 21 mutualistes et 118 non mutualistes, (Tableau 7). Chez les non mutualistes, les urbains sont nettement en nombre supérieur par rapport aux ruraux avec 32 ruraux et 118 urbains. Chez les 59 mutualistes, il y a au contraire 38 ruraux et 21 urbains.

Du point de vue de l'activité professionnelle, 138 avec 40 mutualistes et 98 non mutualistes exercent une activité génératrice de revenus contre 71 avec 19 mutualistes et 52 non mutualistes qui sont sans activité (Tableau 8). Il y a plus d'actifs non mutualistes que de mutualistes mais aussi plus d'inactifs chez les non mutualistes que de mutualistes. Toute cette population (les 71 personnes) est forcément à la charge de quelqu'un car dans le domaine de la santé, quelqu'un doit toujours payer les soins consommés. De plus, 7 hospitalisés tous des non mutualistes exercent dans le secteur formel, 161 hospitalisés dont 45 mutualistes et 116 non mutualistes sont dans l'informel et 41 hospitalisés dont 14 mutualistes et 27 non mutualistes n'évoluent dans aucun des deux secteurs soit parce qu'ils sont très jeunes, soit parce qu'ils sont du troisième âge. Quant à la prise en charge ou non, 49 des hospitalisés dépendent de leurs parents (père, mère, frères, sœurs ou oncles), 90 dépendent de leurs conjoints ou conjointes, 50 dépendent de leurs enfants et 20 parmi eux se prennent totalement en charge.

Tableau 9 : Répartition des hospitalisés selon le niveau d'étude

	Mutualistes	Non mutualistes	Total
Aucun niveau	41 19,6 %	94 45 %	135 64,6 %
Niveau primaire	11 5,3 %	32 15,3 %	43 20,6 %
Niveau secondaire	6 2,9 %	20 9,6 %	26 12,4 %
Niveau supérieur	1 0,5 %	4 1,9 %	5 2,4 %
Total	59 28,2 %	150 71,8 %	209 100 %

En ce qui concerne le niveau d'étude, 135 hospitalisés dont 41 mutualistes et 94 non mutualistes n'ont aucun niveau scolaire, 43 hospitalisés dont 11 mutualistes et 32 non mutualistes ont fait ou sont au primaire, 26 hospitalisés dont 6 mutualistes et 20 non mutualistes ont fait ou sont au secondaire et enfin 5 hospitalisés dont 1 mutualiste et 4 non mutualistes ont fait ou sont au supérieur. Pour les 135 personnes qui n'ont aucun niveau d'étude, il est nécessaire que des informations relatives à la santé leur soit données. Cela dans la mesure où il semblerait que le niveau d'étude aurait un impact sur la santé. Chez les mutualistes, les individus qui n'ont aucun niveau sont plus représentés avec un pourcentage de 19,6 % et moins représentés au niveau supérieur, (0,5 %). Cette même représentativité se retrouve aussi chez les non mutualistes avec respectivement 64,6 % et 2,4 %. Au niveau primaire et secondaire, il est certes vrai que les pourcentages ne sont pas très élevés mais les non mutualistes sont néanmoins plus représentés que les mutualistes avec respectivement 15,3 % et 5,3% au niveau primaire ; 9,6 % et 2,9 % au niveau secondaire.

Tableau 10: Situation matrimoniale des hospitalisés

	Fréquence	mutualistes	Non mutualistes
Mariés	131 62,7 %	34 16,3 %	97 46,4 %
Célibataires	18 8,6 %	6 2,9 %	12 5,7 %
Veufs	14 6,7 %	4 1,9 %	10 4,8 %
Polygames	4 1,9 %	1 0,5 %	3 1,4 %
Divorcés	3 1,4 %	0 0 %	3 1,4 %
Mineurs	39 18,7 %	14 6,7 %	25 12 %
Total	209 100 %	59 28,2 %	150 71,8 %

La situation matrimoniale des personnes enquêtées montre que 131 hospitalisés avec 34 mutualistes et 97 non mutualistes sont mariés, 18 hospitalisés avec 6 mutualistes et 12 non mutualistes sont des célibataires, 14 hospitalisés avec 4 mutualistes et 10 non mutualistes sont veufs, 4 hospitalisés avec 1 mutualiste et 3 non mutualistes sont polygames, 3 hospitalisés tous des non mutualistes sont divorcés et 39 hospitalisés avec 14 mutualistes et 25 non mutualistes n'ont pas l'âge de se marier. Chez les non mutualistes, il y a plus de mariés avec 46,4 % ; il en est de même chez les mutualistes avec 16,3 %.

Tableau 11 : Répartition des personnes enquêtées selon leurs âges

	[0-25[	[25-50[	[50-75[	[75-100[
Mutualistes	26 12,4 %	11 5,3 %	20 9,6 %	2 1 %
Non mutualistes	65 31,1 %	46 22 %	27 12,9 %	12 5,7 %
Total	91 43,5 %	57 27,3 %	47 22,4 %	14 6,7 %

Sur l'ensemble des 209 hospitalisés, 91 dont 26 mutualistes et 65 non mutualistes ont un âge appartenant à l'intervalle [0-25[, 57 dont 11 mutualistes et 46 non mutualistes ont un âge compris dans l'intervalle [25-50[, 47 dont 20 mutualistes et 27 non mutualistes ont un

âge compris dans l'intervalle [50-75[et 14 dont 2 mutualistes et 12 non mutualistes ont un âge compris dans l'intervalle [75-100[. Chez les mutualistes, il y a 22 patients qui ont un âge supérieur ou égal à 50 ans et 11 patients s'en approchent. Chez les non mutualistes, ce sont 39 patients qui sont âgés de plus de 50 ans et 46 patients s'en approchent. Il s'agit d'une population qui est vieille ou proche de la vieillesse donc plus exposée aux risque maladie.

Tableau 12 : Répartition des fréquences des réponses à la question « voulez-vous adhérer à une mutuelle de santé ? ».

	Veulent adhérer	Ne veulent pas adhérer
[0-25[	49 23,4 %	16 7,6 %
[25-50[	44 21,1 %	2 1 %
[50-75[	24 11,5 %	3 1,4 %
[75-100[	9 4,3 %	3 1,4 %
Total	126 60,3 %	24 11,5 %

Sur les 150 non mutualistes de l'échantillon, à la question de savoir s'ils voulaient adhérer à une mutuelle de santé, 126 ont répondu favorablement et 24 seulement ont donné des réponses négatives. Ces derniers ont donné comme raisons de leur non-adhésion un manque d'informations pour certains, qu'ils ne voyaient pas les avantages qu'une telle organisation pouvait offrir pour d'autres. Parmi les 126 qui ont manifesté le désir d'adhérer à une mutuelle, 49 ont un âge compris dans l'intervalle [0-25[, 44 appartiennent à la tranche d'âge [25-50[, 24 sont dans la tranche d'âge [50-75[et enfin 9 sont dans la tranche d'âge [75-100[. Quant aux raisons justifiant leur adhésion, ils ont avancé celles d'un facile accès aux soins de santé à moindre coûts et de l'assurance d'une couverture sanitaire à leur famille. Au-delà de ces deux raisons, il est ressorti des réponses que certains voulaient adhérer parce qu'ils avaient des problèmes réguliers de santé et qu'ils étaient à la recherche d'un système de prise en charge.

II / Présentation des résultats relatifs aux hypothèses de recherche

II -1- La qualité des soins reçus par les hospitalisés

II -1-1- Indicateurs de qualité médicalement reconnus :

➤ La disponibilité des médicaments selon les hospitalisés

La question de la disponibilité des médicaments dans une formation sanitaire ne peut être attestée que par les prestataires de soins. Nous avons voulu tenir compte du point de vue des patients parce que non seulement ils sont les premiers concernés mais aussi parce que ce sont eux qui consomment les médicaments prescrits. Ils sont donc outillés pour apprécier si oui ou non les médicaments sont disponibles.

Tableau 13: Répartition des fréquences des réponses à la question « Les médicaments sont-ils régulièrement disponibles pour votre traitement ? »

Tableau 13a: Mutualistes

	disponible	Pas totalement
Maladie chronique	7	2
Maladie grave	12	10
Maladie bénigne	15	7
plusieurs maladies	2	4
Total	36	23

khi2 = 3,8204 ; p = 0,2815

Tableau 13b: Non mutualistes

	disponible	Pas totalement
Maladie chronique	22	5
Maladie grave	34	33
Maladie bénigne	27	14
Plusieurs maladies	13	2
Total	96	54

khi2 = 17,8726 ; p = 0,0066

Le test d'indépendance montre qu'il n'y a pas de liaison entre la disponibilité des médicaments et la maladie traitée chez les mutualistes, (khi2=3,8204 ; p=0,2815), (Tableau 13a). Par contre chez les non mutualistes, il existe selon le test d'indépendance une liaison entre la disponibilité des médicaments et la maladie traitée, (khi2=17,8726 ; p=0,0066), (Tableau 13b).

➤ **Les visites médicales reçues par les hospitalisés**

Dans les normes médicales, les patients ont droit à des visites médicales chaque fois qu'il est nécessaire. En fait, tous les matins, le médecin de garde et son équipe passent obligatoirement dans chaque salle pour faire un nouveau diagnostic. Cette visite permet au prestataire de connaître l'évolution de l'état de santé de ses patients. Mais les prestataires peuvent aussi intervenir en cas de problèmes.

Tableau 14: Répartition des fréquences des réponses à la question « combien de visites médicales recevez-vous par jour? »

Tableau: 14a Mutualistes

	Nombre de visites médicales			
	Un	deux	trois	quatre
Maladie chronique	0	5	2	2
Maladie grave	1	3	10	8
Maladie bénigne	2	4	13	3
Plusieurs maladies	0	2	1	3
Total	3	14	26	16

Khi2=10,9356 ; p=0,2801

Tableau 14b Non mutualistes

	Nombre de visites médicales				
	un	deux	trois	quatre	cinq
Maladie chronique	0	7	10	9	1
Maladie grave	1	12	38	16	0
Maladie bénigne	3	12	19	7	0
Plusieurs maladies	3	2	3	7	0
Total	7	33	60	39	1

khi2=26,2996 ; p=0,0097

Tableau 15 : Récapitulatif des visites médicales reçues par les hospitalisés

	Visites totales	Visites moyennes
Mutualistes	172	2,9 visites / jour
Non mutualistes	466	3,1 visites / jour
Total	638	3,05 visites / jour

Le test d'indépendance a montré qu'il n'y a pas de liaison entre le nombre de visites médicales et la maladie traitée chez les mutualistes, (khi2=10,9356 ; p=0,2801), (Tableau 14a). Par contre chez les non mutualistes, il y a selon le test d'indépendance une liaison entre le nombre de visites médicales et la pathologie traitée, (khi2=26,2996 ; p=0,0097), (Tableau 14b).

La visite médicale est essentielle pour diverses raisons. En effet, la visite médicale surtout celle du matin permet au prestataire de traiter le patient; de suivre l'évolution de son état de santé et elle permet aussi de rassurer le patient de la présence effective du prestataire. A la question de savoir le nombre de visites que recevaient les patients par jour, les réponses données ont montré que tous les patients reçoivent une visite médicale chaque matin. Au-delà de celle-ci, les prestataires passent dans les salles d'hospitalisation pour des surveillances permanentes. Ils le font soit de leur propre volonté soit à la suite de l'appel du patient. Les moyennes des visites médicales que nous avons obtenues sont de 2,9 visites / jour pour les mutualistes ; 3,1 visites / jour pour les non mutualistes la moyenne totale étant de 3,05 visites / jour. Il n'y a pratiquement pas de différence marquée entre les mutualistes et les non mutualistes.

II-1-2- Indicateurs de satisfaction des patients hospitalisés:

➤ Le comportement des prestataires

Tableau 16 : Répartition des fréquences des réponses à la question « Etes vous satisfaits du comportement des prestataires de saint jean de dieu? »

	Mutualistes	Non mutualistes
Maladie chronique	9 4,3 %	26 12,5 %
Maladie grave	22 10,6 %	67 32,2 %
Maladie bénigne	22 10,6 %	41 19,7 %
Plusieurs maladies	6 2,9 %	15 7,2 %
Total	59 28,2 %	149 71,4 %

Les résultats de ce tableau montrent que la quasi-totalité des hospitalisés (208) sur les 209 enquêtés sont satisfaits du comportements des prestataires. Tous les mutualistes ont répondu être satisfaits de leur comportement (Tableau 16). La seule défection au niveau de la satisfaction est venue d'un non mutualiste.

Au niveau des repas fournis par l'hôpital, tous les hospitalisés ont affirmé bénéficier des

trois repas journaliers à savoir le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner. Quant à la qualité de ces repas, à l'exception de deux non mutualistes, les autres ont reconnu qu'ils étaient de bonne qualité et suffisants.

Pour ce qui est de l'état des lits, l'unanimité a été faite autour du bon état des lits car ils sont solides et les draps sont remplacés chaque matin par les femmes de ménage de l'hôpital. L'entretien des salles est fait chaque matin selon les hospitalisés mais les patients mutualistes et non mutualistes hospitalisés en troisième catégorie ont déploré la présence permanente de cafards dans les salles. Tous les hospitalisés ont cependant apprécié la présence de sonneries au niveau de chaque lit. Ce qui leur permet d'avertir les prestataires en cas de problèmes.

➤ La catégorie d'hospitalisation du patient

Tableau 17: Répartition des personnes enquêtées selon la catégorie d'hospitalisation

Tableau 17a : Mutualistes

	catégorie1	Catégorie2	catégorie3
Maladie chronique	0	0	9
Maladie grave	0	1	21
Maladie bénigne	0	0	22
plusieurs maladie	0	1	5
Total	0	2	57

$\chi^2 = 2,2296 ; p = 0,5262$

Tableau 17b : Non mutualistes

	Catégorie1	catégorie2	catégorie3
Maladie chronique	1	6	20
Maladie grave	0	2	65
Maladie bénigne	2	3	36
Plusieurs maladies	1	0	14
Total	4	11	135

$\chi^2 = 15,7044 ; p = 0,0154$

Les résultats montrent que les mutualistes sont plus hospitalisés en troisième catégorie. Il n'y a pas eu de mutualistes hospitalisés en première catégorie. Cela montre que les mutualistes ne peuvent pas être hospitalisés dans toutes les catégories. Ils n'ont donc pas le choix de la catégorie dans laquelle ils désirent être hospitalisés. Il n'y a pas de lien entre le choix de la catégorie et la pathologie traitée chez les mutualistes. Leur hospitalisation dans une catégorie donnée ne dépend pas de la pathologie dont ils souffrent, ($\chi^2=2,2296 ; p=0,5262 > 0,05$) ; (Tableau 17a)

Pour les non mutualistes, les résultats montrent qu'ils ont été hospitalisés dans toutes les

catégories avec une prédominance dans la troisième catégorie. Ils peuvent choisir selon leurs moyens la catégorie dans laquelle ils veulent être hospitalisés. Il y a une relation à l'exception des faux patients, entre le choix de la catégorie et la pathologie dont ils souffrent, ($\chi^2=15,7044$; $p=0,0154 < 0,05$), (Tableau 17b).

Il ressort de ce qui précède que plus on est non mutualiste malade, plus on a le choix de la catégorie dans laquelle l'on veut être hospitalisé que le mutualistes bénéficiant des prestations de mutuelles de santé contractant avec saint jean de dieu de Thiès.

II -2- Le coût des soins reçus par les hospitalisés

Nous avons considéré trois types de coûts. Les coûts qui englobent le ticket et le tarif d'hospitalisation (dépenses directes), les coûts obtenus en multipliant par deux les coûts réduits dont bénéficient les mutualistes et les coûts qui prennent en compte à la fois les dépenses directes et les dépenses indirectes (le transport + les autres dépenses).

Tableau 18: Coûts moyens (tarif d'hospitalisation + ticket=dépenses directes) du traitement selon les différents aspects des pathologies

Tableau 18a: Mutualistes

	coût total	coût moyen
Maladie chronique	378600	42066,66
Maladie grave	1097950	49906,81
Maladie bénigne	554900	25222,72
Plusieurs maladies	193050	32175
Total	2224500	37703,39

Tableau 18b: non mutualistes

	coût total	coût moyen
Maladie chronique	2862000	106000
Maladie grave	7120500	106276,12
Maladie bénigne	2168000	52878,05
Plusieurs maladies	1178000	78533,33
Total	13328500	83827,04

Le coût total pour les mutuelles est de 2224500 FCFA avec un coût moyen de 37703,39 FCFA ($2224500 / 59$). La répartition selon les différents aspects des pathologies donne pour le traitement d'une maladie chronique un coût total de 378600 FCFA, soit un coût moyen de 42066,66 FCFA. Les traitements d'une maladie grave et d'une maladie bénigne occasionnent respectivement pour les mutualistes un coût total de

1097950 FCFA avec un coût moyen de 49906,81 FCFA et un coût total 554900 FCFA avec un coût moyen de 25222,72 FCFA, (Tableau 18a).

Pour les non mutualistes, le coût total engagé durant toutes les hospitalisations a été 13328500 FCFA qui correspond à un coût moyen de 83827,04 FCFA (13328500 / 150). Les traitements des différentes pathologies donnent pour les maladies chroniques un coût total de 2862000 FCFA soit un coût moyen de 106000 FCFA ; pour les maladies graves, un coût total de 7120500 FCFA soit un coût moyen de 106276,12 FCFA et pour les maladies bénignes, un coût total de 2168000 FCFA soit un coût moyen de 52878,05 FCFA, (Tableau 18b).

Le constat qui ressort de ces différents coûts est que lorsque nous tenons compte des réductions tarifaires, les mutualistes consomment les soins à moindres coûts par rapport aux non mutualistes. Le coût total moyen engagé par les non mutualistes est le double de celui qu'engagent les mutualistes. Quant aux différents aspects des pathologies, les non mutualistes ont déboursé pour les maladies chroniques presque 2,5 fois plus que les mutualistes alors que pour les maladies graves et bénignes, ils déboursent le double de ce que les mutualistes déboursent.

Tableau 19: Coûts moyens (dépenses directes) du traitement multipliant par deux les coûts réduits des mutualistes selon les différents aspects des pathologies

	Mutualistes		Non mutualistes	
	Coût total	Coût moyen	Coût total	Coût moyen
Maladie chronique	757200	84133,32	2862000	106000
Maladie grave	2195900	99813,62	7120500	106276,12
Maladie bénigne	1109800	50445,44	2168000	52878,05
Plusieurs maladies	386100	64350	1178000	78533,33
Total	4449000	75406,78	13328500	83827,04

Ces résultats montrent que même si les coûts moyens réduits pour les mutualistes sont multipliés par deux, les non mutualistes déboursent toujours plus que les mutualistes. Le coût moyen total des mutualistes est de 75406,78 FCFA et celui des non mutualistes est de 83827,04 FCFA. La différence qui existe entre les deux coûts reste encore élevée

compte tenu du niveau de revenu des hospitalisés de notre échantillon. Au niveau des maladies chroniques, le fait de multiplier le coût moyen réduit des mutualistes par deux ne change pas la tendance ; il y a toujours un écart entre le coût pour les mutualistes (84133,32 FCFA) et les non mutualistes (106000 FCFA). Cela est valable pour les maladies graves et bénignes.

Tableau20 : les coûts moyens (dépenses directes et indirectes) du traitement selon les différents aspects des pathologies

Tableau 20a: Mutualistes

	coût total	Coût moyen
Maladie chronique	459000	51000
Maladie grave	1300300	59104,54
Maladie bénigne	663225	30146,59
Plusieurs maladies	237050	39508,33
Total	2659575	45077,54

Tableau 20b: non mutualistes

	coût total	Coût moyen
Maladie chronique	3217975	119184,25
Maladie grave	7727390	115334,18
Maladie bénigne	2596000	63317,07
Plusieurs maladies	1365625	91041,41
Total	14906990	99379,93

Lorsque les dépenses indirectes sont prises en compte, les mutualistes déboursent un coût total de 2659575 FCFA soit un coût total moyen de 45077,54 FCFA. Par pathologies, les mutualistes dépensent pour le traitement d'une maladie chronique un coût total de 459000 FCFA soit un coût moyen de 51000 FCFA. Pour le traitement d'une maladie grave les mutualistes déboursent un coût total de 1300300 FCFA soit un coût moyen de 59104,54 FCFA. Dans le cas d'une maladie bénigne, ils ont engagé un coût total de 663225 FCFA soit un coût moyen de 30146,59 FCFA, (Tableau 20a).

Les non mutualistes quant à eux ont déboursé un montant total de 14906990 FCFA pour un coût moyen de 99379,93 FCFA. Par pathologie, ils ont engagé pour les maladies chroniques un coût total de 3217975 FCFA ce qui donne un coût moyen de 119184,2FCFA. Pour les maladies graves, ils ont engagé un coût total de 7727390 FCFA soit un coût moyen de 115334,18 FCFA. Enfin, pour les maladies bénignes, ils ont engagé un coût total de 2596000 FCFA soit un coût moyen de 63317,07 FCFA, (Tableau 20b).

Il ressort de ce qui précède que les mutualistes ont aussi dans ce cas déboursé moins d'argent que les non mutualistes bien qu'on ait ajouté les dépenses indirectes. Les tendances quant aux rapports de dépenses entre les deux groupes sont maintenues. En effet les non mutualistes payent doublement le montant que payent les mutualistes. Les dépenses indirectes n'ont donc pas influencé les rapports de différences qui existent entre les coûts des soins. Voir le tableau récapitulatif des différents coûts totaux.

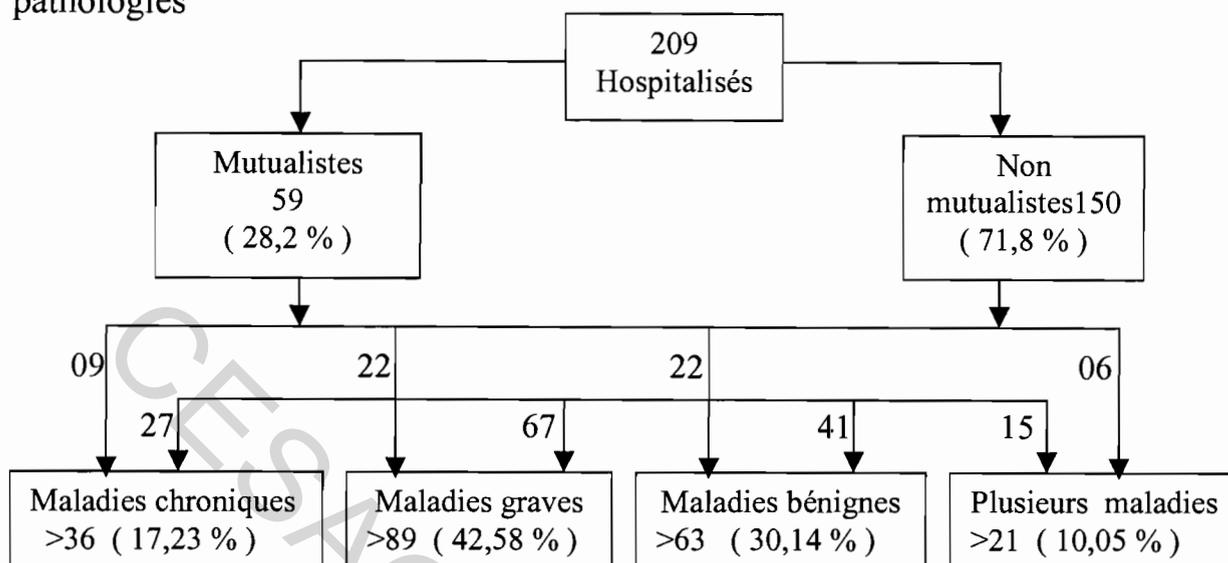
II -3- Les différents groupes de pathologies traitées

Tableau 21: Répartition des personnes enquêtées selon les différentes pathologies

	Fréquence	Mutualistes	Non mutualistes
Maladie chronique	36 (17,70%)	9	27
Maladie grave	89 (41,70%)	22	67
Maladie bénigne	63 (30,60%)	22	41
plusieurs maladies	21 (10%)	6	15
Total	209 (100%)	59	150

La diversité des pathologies traitées nous a conduit à les classer selon différents groupes. Ainsi, 36 des patients dont 9 mutualistes et 27 non mutualistes souffrent de maladies chroniques, 89 patients dont 22 mutualistes et 67 non mutualistes sont hospitalisés pour cause de maladies graves, 63 patients dont 22 mutualistes et 41 non mutualistes pour des maladies bénignes et enfin 21 d'entre eux dont 6 mutualistes et 15 non mutualistes présentent plusieurs aspects de maladies (Tableau 21). Les maladies graves sont plus présentes dans l'échantillon (41,7 %) avec 22 mutualistes et 67 non mutualistes affectés. Les maladies chroniques représentent 17,7 % de l'échantillon avec 9 mutualistes et 27 non mutualistes affectés par cette pathologie. Sur la base de ce qui précède, il ressort que les non mutualistes sont plus touchés par les deux pathologies graves et chroniques. Les résultats obtenus sont présentés à travers le schéma 3 pour plus de lisibilité.

Schéma 3: Répartition schématique des personnes enquêtées selon les différentes pathologies



➤ **Les maladies chroniques**

Ce type de maladies est généralement caractéristique de personnes âgées. Sur les 209 personnes enquêtées, il y a 36 qui souffrent de maladies chroniques. Ce qui représente 17,22 % de l'effectif total. Les 36 maladies chroniques se répartissent en 9 mutualistes et 27 non mutualistes. Sur les 9 mutualistes dont le coût moyen de traitement de chacun est de 42066,66 FCFA, 1 seul se situe dans la tranche d'âge [0-25[, 6 sont dans la tranche d'âge [50-75[et 2 sont dans la tranche d'âge [75-100[. Sur les 27 non mutualistes qui payent en moyenne 106000 FCFA, 4 sont dans la tranche d'âge [0-25[, 10 sont dans la tranche d'âge [25-50[, 11 sont dans la tranche d'âge [50-75[et 2 sont dans la tranche d'âge [75-100[.

➤ **Les maladies graves**

Ces maladies ne sont pas spécifiques à un groupe d'individus mais concernent tout le monde. Sur les 209 patients hospitalisés, on dénombre 89 cas de maladies graves soit 42,58 % de l'effectif. La répartition entre les deux groupes donne 22 mutualistes et 67 non mutualistes. Sur les 22 mutualistes, 8 ont un âge compris dans l'intervalle [0-25[, 5 ont un âge situé dans la tranche d'âge [25-50[, 7 ont un âge situé dans la tranche d'âge [50-75[et 2 sont dans la tranche d'âge [75-100[.

➤ Les maladies bénignes

Comme leur nom l'indique, elles ne constituent pas un danger spécifique. . Sur les 209 personnes enquêtées, il y a 63 qui souffrent de maladies bénignes. Ce qui représente 30,14 % de l'effectif total. Les 63 maladies bénignes se répartissent entre 22 mutualistes et 41 non mutualistes. Sur les 22 mutualistes, 14 se situent dans la tranche d'âge [0-25[, 6 sont dans la tranche d'âge [25-50[et 2 sont dans la tranche d'âge [50-75[. Sur les 41 non mutualistes, 26 sont dans la tranche d'âge [0-25[, 10 sont dans la tranche d'âge [25-50[, 5 sont dans la tranche d'âge [50-75[.

➤ Le recours aux soins de santé à saint jean de dieu

Il s'est agi ici d'étudier l'utilisation passée des soins de santé par les patients de notre échantillon. Notre étude portant sur l'utilisation des soins, nous avons tenu compte des anciens recours pour apprécier la motivation des mutualistes et des non mutualistes dans le recours aux soins à saint jean de dieu. Les résultats obtenus sont confinés dans les tableaux 22.

Tableau 22: Répartition des personnes enquêtées selon q'elles ont eu ou non recours à saint jean de dieu

Tableau 22a: mutualistes

	Recours	Aucun recours
Maladie chronique	3	6
Maladie grave	6	16
Maladie bénigne	12	10
plusieurs maladies	6	0
Total	27	32

khi2 = 13,7915 ; p = 0,0032

Tableau 22b: non mutualistes

	Recours	Aucun recours
Maladie chronique	7	20
Maladie grave	23	44
Maladie bénigne	12	29
Plusieurs maladies	5	10
Total	47	103

khi2 = 0,7554 ; p = 0,8601

Chez les mutualistes, il y a une liaison entre le recours aux soins à l'hôpital saint jean de dieu et les maladies traitées. Ce résultat est confirmé par le test d'indépendance dans la mesure où il donne un khi2=13,7915 et une p=0,0032 < 0,05 ; (Tableau 22a).

Chez les non mutualistes par contre, il n'y a pas de liaison entre le recours aux soins à saint jean de dieu et les maladies dont souffriraient les patients. Le test d'indépendance le montre clairement avec un $\chi^2=0,7554$ et une $p=0,8601 > 0,05$ (Tableau 22b).

➤ Les hospitalisations à saint jean de dieu

Il s'est agi ici de mesurer les hospitalisations passées des patients de notre échantillon à saint jean de dieu. La prise en compte des anciennes hospitalisations dans le but de voir lesquels des mutualistes et des non mutualistes ont une probabilité élevée d'être hospitalisés à saint jean de dieu en cas de maladie. Les résultats obtenus sont confinés dans les tableaux 23.

Tableau 23 : Répartition des personnes enquêtées selon qu'elles ont déjà une fois ou non été hospitalisées à saint jean de dieu

Tableau 23a : Mutualistes

	hospitalisé une fois au moins	jamais hospitalisé
Maladie chronique	2	7
Maladie grave	7	15
Maladie bénigne	5	17
plusieurs maladies	5	1
Total	19	40

$\chi^2 = 10,6992; p = 0,0135$

Tableau 23b : Non mutualistes

	hospitalisé une fois au moins	jamais hospitalisé
Maladie chronique	7	20
Maladie grave	11	56
Maladie bénigne	8	33
plusieurs maladies	3	12
Total	29	121

$\chi^2 = 1,1227; p = 0,7716$

Chez les mutualistes, l'hospitalisation à saint jean de dieu est fonction de la pathologie dont souffre l'individu. C'est ce qui ressort du résultat du test de $\chi^2=10,6992$ et une $p=0,0135 < 0,05$. Il y a donc une liaison entre l'hospitalisation et la pathologie chez les mutualistes. (Tableau 23a).

Chez les non mutualistes, cette liaison n'est pas établie. Le test d'indépendance le montre avec un $\chi^2=1,1227$ et une $p=0,7716 > 0,05$. (Tableau 23b).

➤ La durée de séjour en hospitalisation

Tableau 24: Durée de séjour de la présente hospitalisation

Tableau 24a: Mutualistes

	[1-10]	[11-15]	[16-20]	[21-28]
Maladie chronique	7	2	0	0
Maladie grave	20	2	1	0
Maladie bénigne	21	1	0	0
plusieurs maladie	4	1	1	0
Total	52	5	2	0

khi2 = 56,8745 ; p = 0,0625

Tableau 24b: Non mutualistes

	[1-10]	[11-15]	[16-20]	[21-28]
Maladie chronique	21	1	1	4
Maladie grave	57	3	6	1
Maladie bénigne	38	1	2	0
Plusieurs maladies	13	1	0	1
Total	129	6	9	6

khi2 = 72,7923 ; p = 0,0450

Les résultats ont montré que la journée de séjour la plus longue a été de 28 jours. Ce séjour a été réalisé par un non mutualiste. De même, chez les mutualistes, le test d'indépendance a montré que la durée de séjour n'est pas fonction de la maladie traitée. Il n'y a donc pas de liaison entre la durée de séjour et la maladie chez les mutualistes ; (khi2=56,8745 ; p=0,0625), (Tableau 24a).

Par contre chez les non mutualistes, il y a une liaison entre la durée de séjour et la maladie traitée. C'est ce qu'indique le test d'indépendance avec un khi2=72,7923, p=0,0450, (Tableau 24b).

Tableau 25 : Récapitulatif de la durée de séjour

	Durée totale d'hospitalisation	Durée moyenne
Mutualistes	401 jours	6,8 jours
non mutualistes	1098 jours	7,2 jours
Total	1499 jours	7,2 jours

En récapitulatif, les mutualistes ont fait une durée totale de séjour de 401 jours alors que les non mutualistes ont eu une durée totale de séjour de 1098 jours. Ces différentes durées donnent en moyenne une durée de séjour de 6,8 jours pour les mutualistes et 7,2 jours pour les non mutualistes ; la durée moyenne totale de séjour étant de 7,2 jours.



TROISIEME PARTIE :
ANALYSE DES
RESULTATS

C'est la partie analyse descriptive des résultats qui constitue la partie la plus essentielle de toute étude de recherche. Elle doit donc prendre en compte tout ce qui ressort des résultats présentés plus haut. C'est dans cet esprit que nous mènerons cette discussion pour que tout lecteur soit situé sur cette étude que nous avons entreprise dans le cadre de notre mémoire de fin d'année. Nous procéderons comme dans la deuxième partie en discutant d'abord globalement les résultats des caractéristiques socio-économiques. Ensuite, nous aborderons les résultats relatifs aux hypothèses de recherche.

L'hôpital saint jean de dieu a un statut particulier qui ne peut permettre de mener une étude dans un contexte de concurrence. En effet, c'est un hôpital confessionnel qui vit en grande partie de subventions donc qui ne recherche pas forcément de profit contrairement autres hôpitaux privés. Il n'offre donc pas les conditions d'une bonne évaluation de la capacité des mutuelles à financer les soins hospitaliers du fait des tarifs préférentiels qu'il accorde aux mutuelles. De même, il serait intéressant de choisir un échantillon dont les éléments constitutifs se feraient traiter dans deux hôpitaux et de les suivre sur une longue période, des années. Nous ne pouvions pas procéder de cette façon parce que le temps dont nous disposons ne le permettait pas.

I – Les caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées

La première différence qui saute à l'œil dès l'entame de la lecture de ce document est la nette prédominance des non mutualistes (71,8 %) par rapport aux mutualistes (28,2 %). Cette prédominance peut amener à penser que les non mutualistes accèdent plus facilement à saint jean de dieu que les mutualistes. L'évidence de cette prédominance est établie dans notre échantillon ; mais il faut relativiser ce résultat. En fait, les non mutualistes ne respectent pas le système d'aiguillage contrairement aux mutualistes qui doivent non seulement avoir l'accord de leur mutuelles et du GRAIM mais sont aussi soumis au contrôle social. Les premiers accèdent donc aux services de saint jean de dieu quand ils le veulent pourvu qu'ils aient les moyens tandis que les seconds y accèdent sur la délivrance d'une attestation de prise en charge après contrôle. C'est ce qui pourrait en partie expliquer cette nette différence.

Les Wolofs, les Peuhls et les autres ethnies sont plus non mutualistes contrairement aux

Sérères qui eux sont plus mutualistes. L'aspect religieux pourrait expliquer le fait que les Sérères adhèrent plus aux mutuelles de santé que les autres ethnies. En fait, les premières initiatives mutualistes ont été prises par certains catholiques de Thiès (Pr Issakha Diallo, ISED/ZEF, 2000), donc les Wolofs, les Peuhls et les autres ethnies à dominance musulmane ne peuvent ne pas se sentir concerner par ce mouvement social. Les musulmans représentent 95 % de la population du Sénégal ;ils sont présents dans toutes les contrées du Sénégal par rapport aux chrétiens qui sont très minoritaires. Il va s'en dire que cette prédominance de musulmans dans l'échantillon trouve son origine dans cette disparité régionale.

Les femmes, 65,5 % de l'échantillon sont de grandes consommatrices de soins médicaux parce que plus préoccupées de leurs états de santé. De plus la prédominance des femmes dans l'échantillon pourrait être aussi liée au fait que tout un service, la maternité qui a été sollicité par 27,7 % des cas leur est propre.

Thiès est une région dont la population est à majorité rurale (61 %), les activités principales sont l'agriculture, la pêche artisanale et le secteur informel y est très dynamique (occupe 60 % de la population). Malgré la difficulté de déterminer les revenus dans ce secteur, les personnes enquêtées ont avec des réserves, donné le niveau de leurs revenus. Il ressort des données recueillies qu'une forte proportion (68,93 %) des revenus se situent dans l'intervalle [0-20000[, 19,1 % ont des revenus compris dans l'intervalle [20000-40000[. En effet, la crise économique qui frappe les pays en développement pourrait être à la base de cette faiblesse des revenus. Depuis un peu plus de deux décennies, les termes de l'échange ne cessent de baisser, or les hospitalisés (76,5 %) exercent dans l'informel, ce qui a forcément des implications sur le niveau de leurs revenus. Les revenus des mutualistes sont plus concentrés entre 0 et 40000 FCFA, ce qui corrobore l'idée que les mutualistes ne disposent pas de véritables moyens financiers. Les individus du secteur moderne (qui détiennent en général plus de moyens financiers) y adhèrent le font non seulement par solidarité mais aussi pour assurer leur famille sur le plan sanitaire.

Il y a plus de mutualistes (38) dans les villages que dans les villes (21) et plus de non mutualistes dans les villes (118) que dans les villages (32) selon les résultats. Les

mutuelles de santé sont des organisations basées sur la solidarité et l'entraide; ces deux dimensions sont plus vécues dans les villages que dans les villes où l'individualisme a pris le pas du fait du modernisme. De plus, les cotisations dans les mutuelles de santé étant très insignifiantes, les gens pensent sans doute qu'elles ne puissent leur offrir de vrais avantages en qualité de soins mais aussi d'accessibilité aux services médicaux. Ce qui pourrait aussi avoir un impact négatif sur l'adhésion aux mutuelles. La situation économique précaire que vivent les populations serait à la base du fort taux 64,6 % d'analphabètes parmi les hospitalisés de notre échantillon. Une forte proportion de mutualistes (37,3 %) a plus de 50 ans qui est un âge au-delà duquel la probabilité d'être malade est élevée. Ce qui expose les mutuelles de santé à de lourdes charges dans un avenir très proche. Sur les 150 non mutualistes, 126 ont manifesté leur désir d'adhérer aux mutuelles de santé. Si ces adhésions se concrétisent, les mutuelles auront plus de charges à supporter avec la proportion des vieilles personnes présentes dans ce groupe.

II – Analyse des résultats relatifs aux hypothèses de recherche

II – 1 – La qualité des soins reçus par les hospitalisés

II –1-1- Indicateurs de qualité médicalement reconnue:

- La disponibilité des médicaments selon les patients hospitalisés

La disponibilité des médicaments est l'un des critères les plus essentiels de l'appréciation de la qualité des soins. L'utilisation des médicaments génériques à saint jean de dieu entre dans ce cadre pour non seulement maintenir la clientèle mais aussi pour faire face à la concurrence qui proviendrait de l'hôpital régional de Thiès en termes de qualité de soins. L'impossibilité d'entrer en possession des ordonnances des malades nous a conduit à ne tenir que des réponses données par les hospitalisés quant à la question « les médicaments sont-ils toujours disponibles pour votre traitement ? ». Les réponses à cette question ont été très diverses. Nous avons cependant estimé en se fondant sur le comportement économique des uns et des autres, que les plus offrants au nom du principe de rapport qualité / prix sont davantage bien traités et mieux suivis. De ce point de vue, pour une

même pathologie, les traitements peuvent varier selon que l'individu est hospitalisé dans telle ou telle catégorie. Les mutualistes qui ne sont hospitalisés qu'en troisième et accessoirement en deuxième catégorie ne peuvent recevoir que les soins correspondants à ces catégories. Si un mutualiste hospitalisé en troisième catégorie et un non mutualistes en première catégorie souffrent tous deux de la même pathologie, il va s'en dire qu'une différence de traitement peut exister, le choix qu'effectuera le prestataire ira au non mutualiste. En fait, c'est celui qui aura payé plus qui sera le mieux traité. Or, il est prouvé avec les réductions dont bénéficient les mutualistes que ce sont les non mutualistes qui payent plus les soins ; ils seront donc les mieux traités. Sans trop le vouloir, les prestataires sont forcément amenés à cette pratique car il y a quand même des équilibres financiers à assurer. C'est ce qui fait que les mutualistes seraient pénalisés quand ils auront besoin d'un même traitement qu'un non mutualiste. De plus, le fait que les mutualistes reportent leur paiement en fin d'année pourrait être source de démotivation des prestataires. Ces derniers seraient poussés à accorder plus d'attention aux non mutualistes par rapport aux mutualistes.

Sur cet aspect de la qualité des soins (disponibilité des médicaments), il y a une contradiction entre notre hypothèse et les résultats que nous avons eus.

➤ Les visites médicales des prestataires aux hospitalisés

Le nombre de visites médicales que les prestataires rendent aux hospitalisés peut varier d'une salle à une autre ou d'une catégorie à une autre. Les patients hospitalisés donc dans une même salle doivent en principe recevoir le même nombre de visites. Cependant, la gravité de la pathologie peut faire que certains patients bien qu'étant dans la même salle bénéficient de plus de visites. Le nombre et la qualité des visites seront fonctions de la salle d'hospitalisation. Pourtant les mutualistes ne sont pas hospitalisés dans toutes les catégories. Ce qui peut les léser par rapport aux mutualistes qui eux, peuvent être hospitalisés partout. Comme nous l'avons souligné plus haut, du fait que la qualité des soins est fonction de la catégorie ; pour une même pathologie, les mutualistes qui sont en troisième catégorie ne seront pas suivis de la même façon que les non mutualistes hospitalisés en première catégorie. De ce qui précède, il ressort que plus l'individu est non

mutualistes plus il recevra des visites de qualité par rapport à un mutualistes qui souffre de la même pathologie mais hospitalisés dans des catégories différentes.

Ici aussi, nos résultats sont en porte à faux avec l'hypothèse de recherche.

II-1-2- Indicateurs de satisfaction des patients hospitalisés:

➤ Le comportement des prestataires

Le comportement des prestataires influence fortement les patients dans leur appréciation de la qualité des soins qu'ils reçoivent au-delà des critères de qualité médicalement reconnus. Tous les patients mutualistes et non mutualistes à l'exception d'un seul non mutualiste ont apprécié positivement le comportement des prestataires. En fait, l'hôpital saint jean de dieu est une institution confessionnelle dirigée par des religieux et dont tout le personnel est presque chrétien « catholique ». Cet hôpital est renommé sur le plan national en matière de qualité de ses services qu'il offre. Voulant donc maintenir cette position, les responsables ont dû donner des instructions aux prestataires allant dans le sens de la bonne collaboration avec les patients. De plus, il y a un hôpital régional public à Thiès qui peut servir d'alternative aux patients en cas de failles au niveau de saint jean de dieu quant à cette dimension de la qualité. Toutes ces raisons pourraient expliquer l'attitude des prestataires vis à vis des patients. Ici, aussi bien les mutualistes que les non mutualistes bénéficient des mêmes traitements de la part des prestataires et du personnel de l'hôpital. Il n'y a pas de contradiction entre nos résultats et l'hypothèse de recherche ; seulement que aussi bien les mutualistes et les non mutualistes ont les mêmes rapports avec les prestataires et autre personnel de saint jean de dieu.

➤ La catégorie d'hospitalisation

Les mutuelles de santé ne disposant pas de moyens financiers suffisants, leur capacité de prise en charge s'en trouve forcément affectée. Elles ont choisi dans leurs contrats de prise en charge de n'opter que pour l'hospitalisation de leurs membres en troisième et si possible en deuxième catégorie. Sur les 59 mutualistes, seulement deux ont été hospitalisés en deuxième catégorie ; les cinquante sept autres étant en troisième catégorie. Or dans la troisième catégorie, les visites (des parents et amis) et les bruit intempestifs

sont monnaies courantes ; ce qui pourrait affecter la qualité des soins ; les hospitalisés ne pouvant pas se reposer correctement. Les visites non contrôlées exposeraient les patients à toute sorte de dangers (vol, agressions, etc.). De ce point de vue, les mutuelles de santé ne peuvent pas être considérées comme des organisations qui assurent plus de soins de qualité. Tous les mutualistes payant la même cotisation, l'on pourrait se demander sur quels critères un tel est hospitalisé en troisième catégorie et un tel autre en deuxième. Il se pose un problème d'équité d'utilisation des services chez les mutualistes dans la mesure où tout le monde paye le même montant de cotisation. Chez les non mutualistes, même s'ils sont aussi hospitalisés massivement en troisième catégorie, ont le choix de la catégorie d'hospitalisation. En fait, les non mutualistes, en fonction des moyens dont ils disposent, peuvent choisir la catégorie dans laquelle ils se sentiraient mieux. Ils ont le droit de décider du choix de la catégorie car ils payent directement le tarif normal contrairement aux mutualistes.

➤ L'entretien des salles et des lits

Saint jean de dieu est un hôpital de référence et surtout confessionnel ; ce qui pourrait expliquer l'accent mis sur l'entretien des salles et des lits. Le cadre dans lequel les soins sont donnés doit favoriser la guérison du patient. L'audience que cet hôpital a auprès du public l'amène à tout mettre en œuvre pour mériter cette confiance. C'est ce qui expliquerait le fait que les salles soient régulièrement nettoyées et les lits bien dressés avec le changement des draps. Dans la mesure où c'est sur la qualité (qualité des soins et propriété des locaux) que les patients se focalisent pour utiliser ou non les services que le privé offre, saint jean de dieu y met l'accent pour maintenir sa position. De plus, l'installation des sonneries au niveau de chaque lit montre clairement la volonté des responsables de l'hôpital d'être toujours dans le peloton de tête en matière de qualité de soins dans la région de Thiès mais aussi sur le plan national. Cependant, la qualité étant un tout, la présence de cafards pourrait entraîner des doutes quant à cette qualité car les patients s'en plaignent.

Sur le plan de la qualité des soins qu'offrirait les mutuelles de santé à ses membres, les résultats de notre étude ont montré que ce n'est pas l'assurance totale. Les mutuelles de

santé assurent certes des soins à ses membres dans une formation sanitaire de référence, mais cette qualité ne peut être totale. En effet, ce que les mutuelles de santé payent pour la prise en charge de leurs membres en cas de maladies reste dérisoire quand on tient compte des coûts supportés par l'hôpital. Il est vrai que ce sont des contrats qui les lient à cet hôpital, mais les mutualistes ne recevront pas forcément le même traitement que celui qui paye plus. Par rapport à leur situation sociale, les mutualistes ne pouvaient sans doute jamais avoir accès à saint jean de dieu ; mais les mutuelles le leur permettent. Or saint jean de dieu est reconnu comme une référence en matière de la qualité de ses soins. De ce point de vu, nous pouvons dire que les mutuelles qui ont signé des contrats avec cet hôpital permettent à leurs membres d'accéder à des soins de qualité.

II - 2 - Coût des soins reçus pour les hospitalisés

Les mutualistes payent moins que les non mutualistes les soins qu'ils consomment à saint jean de dieu. Si l'on tient compte du niveau des revenus des personnes enquêtées, ces coûts paraissent extrêmement élevés. Ces coûts ne seraient pas supportables par les hospitalisés pris individuellement sinon, ils risqueraient de brader leurs biens en cas de maladie. La particularité de notre échantillon est qu'une grande partie des hospitalisés est prise en charge soit par les mutuelles (59 personnes), soit par les parents, les époux ou les enfants. C'est à ce niveau que les contributions des mutuelle dans l'accès aux soins de qualité et coûteux sont déterminantes et peuvent encourager à adhérer aux mutuelles de santé. La différence de coûts entre les mutualistes et les non mutualistes se comprend aisément dans la mesure où l'hôpital fait en général des réductions de 50 % aux mutuelles de santé. Cependant, au-delà de ces réductions, les coûts supportés par les mutuelles restent très élevés. Pour la maladie bénigne, la mutuelle débourse en moyenne dans notre cas 25222,72 FCFA pour le traitement d'une seule personne; ce qui est très élevé pour la mutuelle. Pris individuellement, les mutualistes peuvent supporter le coût de cette maladie car en réalité ce que la mutuelle paye à saint jean de dieu n'est pas le vrai coût de traitement. En fait, le traitement d'une simple fièvre (maladie bénigne) ne nécessiterait pas aussi de gros moyens financiers. En se rendant dans un hôpital privé « de référence », il va s'en dire que le coût de traitement va augmenter forcément. Les mutuelles de santé

choisiraient de ne prendre en charge que les pathologies pour lesquelles les individus éprouveraient de véritables difficultés financières. Les non mutualistes quant à eux, payent le double des mutualistes c'est à dire, 52878,05 FCFA ;ce qui est aussi très élevé. Les non mutualistes devraient respecter le système d'aiguillage car certaines pathologies peuvent être traitées dans des structures sanitaires inférieures.

Le secteur privé offre des avantages certains que sont la disponibilité des médicaments et la continuité des services de soins curatifs. C'est ce qui expliquerait que malgré les coûts élevés des soins qu'il offre, les mutualistes et les non mutualistes le sollicitent. Pour les mutuelles de santé, pour se garantir une grande efficacité, elles doivent prendre en charge les problèmes de santé très coûteux pour les individus et leur famille. Pour les non mutualistes, ils doivent respecter le système d'aiguillage.

La multiplication par deux des coûts moyens réduits des mutualistes maintiennent toujours le statut quo. Malgré cette multiplication, les non mutualistes payent toujours plus. Cette situation s'expliquerait par le fait les réductions dont bénéficient les mutualistes sont très élevées.

Les coûts indirects n'ont pas eu d'impact sur les tendances des écarts entre les coûts engagés par les mutualistes et les non mutualistes. En effet, les hospitalisés reçoivent les trois repas de la journée donc ne dépensent presque pas grande chose. C'est ce qui expliquerait le fait que ces dépenses indirectes n'agissent pas sur les tendances entre les coûts.

Les résultats de notre étude vont totalement à l'encontre de l'hypothèse de recherche. C'est plutôt les non mutualistes qui payent plus les soins qu'ils consomment contrairement à l'idée de l'hypothèse. Nous pensons que nos résultats reflètent quand même la réalité si nous tenons compte des réductions sur les tarifs dont bénéficient les mutuelles de santé et de la durée de séjour. Les mutuelles bénéficient en général d'une réduction de 50 % sur leurs tarifs et nos résultats ont montré que les non mutualistes durent plus que les mutualistes en hospitalisation. C'est ce qui expliquerait sans doute le fait que les non mutualistes payent plus les soins par rapport aux mutualistes.

II - 3 Les différents groupes de maladies traitées

➤ Les maladies chroniques

Ce sont des maladies qui occasionnent d'énormes dépenses du fait de leur fréquence élevée. Ces maladies représentent 17,2 % de l'effectif total de l'échantillon dont 25 % de mutualistes et 75 % de non mutualistes. La proportion de 17,2 % de malades chroniques est inquiétante pour ces mutuelles car ces dernières ne sont pas financièrement bien assises. Le fait que les individus souffrant de ces maladies soient régulièrement à la recherche de soins, leur adhésion aux mutuelles entraînerait forcément des coûts élevés pour les mutuelles. Ces individus ont tendance à plus adhérer parce que sachant leur probabilité d'être malade très élevée. D'où le problème de sélection adverse. Généralement, ces maladies se rencontrent dans les populations âgées. Or parmi les 150 non mutualistes, 126 veulent adhérer aux mutuelles de santé. Sur les 126, il y a 33 individus qui ont 50 ans et plus ; un âge au-delà duquel la maladie se fait fréquente. Les mutuelles ont certes un potentiel élevé dans lequel elles peuvent puiser mais c'est un potentiel qui peut entraîner des coûts élevés à la longue. Les non mutualistes sont plus touchés par la maladie chronique ; ceci ne pourrait-il pas expliquer le désir qu'ils manifestent quant à une éventuelle adhésion aux mutuelles. Les mutuelles ne seraient-elles pas victimes de la sélection adverse si toutes ces adhésions se concrétisaient ? Cela devrait constituer une préoccupation, les adhésions n'étant précédées d'aucun examen médical pour connaître l'état de santé des adhérent pour prévenir les mutuelles du risque de la sélection adverse.

➤ Les maladies graves

Elles représentent 42,6 % de l'échantillon et son coût de traitement s'élève à 49906,81 FCFA pour les mutualistes et 106276,12 FCFA pour les non mutualistes. Ces maladies occupent la première place en proportion dans l'échantillon et constitueraient un danger financier et pour les mutualistes et pour les non mutualistes du fait de ce coût élevé. Aujourd'hui, avec la faible capacité financière des mutuelles de santé, nous craignons qu'elles ne soient confrontées à des difficultés financières à la longue dans la prise en

charge de ces pathologies. Et pourtant, la prise en charge de ces maladies est un impératif car pris individuellement, les mutualistes ne seront pas capables de supporter le coût de traitement. Nous savons que les maladies graves peuvent affecter tout individu de tout âge. Quand les 126 des 150 non mutualistes manifestent le désir d'adhérer aux mutuelles, cela constitue une opportunité pour les mutuelles mais en même temps, elles doivent penser aux coûts que cela entraînerait.

➤ Les maladies bénignes

Leur traitement dans un hôpital constitue une véritable entrave au système d'aiguillage. En fait, la recherche de soins de qualité conduit souvent des individus à se faire consulter directement dans les hôpitaux de référence. Or, ces maladies peuvent facilement être traitées dans des formations sanitaires de niveau inférieur. Le coût de traitement étant fonction du plateau technique, une maladie bénigne traitée dans un hôpital régional entraîne inéluctablement le doublement des coûts. C'est le cas des mutuelles de santé qui malgré leurs faibles moyens traitent leurs membres souffrant de maladies bénignes à saint jean de dieu. Les mutuelles de santé financent beaucoup de dépenses que les mutualistes peuvent prendre en charge individuellement ou avec l'aide de leur famille. Les mutuelles doivent revoir leur mécanisme de prise en charge et définir un paquet de services à assurer en fonction des coûts que ces pathologies peuvent occasionner. De même, les non mutualistes doivent revoir aussi leur utilisation des soins dans le seul but de minimiser les coûts.

➤ Le recours à saint jean de dieu

Dans nos pays, le recours à une formation sanitaire n'est généralement effectué qu'en cas de maladie. C'est dans cette logique que l'ensemble des mécanismes de prise en charge se situent. Les membres de ces organisations de prise en charge n'entrent en contact avec une structure sanitaire que quand ils sont malades. Ce sont des mécanismes qui ne prennent en compte que l'aspect curatif. Les mutuelles de santé ont situé aussi leurs actions dans cette logique de prise en charge. En effet, tous les mutualistes se rendent à saint jean de dieu parce qu'ils sont malades. Leur recours à saint jean de dieu est conditionné par la survenue

d'une maladie, ($\chi^2=13,7915$; $p=0,0032$). Sur les 59 mutualistes hospitalisés, 27 avaient déjà eu recours à cet hôpital. Nos résultats ont montré que ces individus (mutualistes) ont des revenus très faibles; ils accèdent donc aux services de saint jean de dieu parce qu'ils sont mutualistes. La mutuelle de santé est pour ses membres une organisation qui facilite l'accès aux soins hospitaliers.

Par contre, les non mutualistes combinent et l'aspect curatif et l'aspect préventif dans leur recours aux soins à saint jean de dieu en fonction de leurs moyens financiers. Ici, c'est soit la capacité à payer ou soit la survenue de la maladie qui occasionne le recours aux soins à saint jean de dieu. En effet, sur les 150 non mutualistes enquêtés, 4 ont été hospitalisés alors qu'ils n'étaient pas malades. Il n'y a donc pas de liens entre le recours à saint jean de dieu et la survenue de la maladie, ($\chi^2=0,7554$; $p=0,8601$).

De ce qui précède, nous pouvons affirmer que les mutualistes recourent à saint jean de dieu parce qu'ils sont malades que les non mutualistes.

➤ Les hospitalisations à saint jean de dieu

L'hospitalisation dans une formation sanitaire est généralement exigée du fait du mauvais état d'un individu. Elle est pour ce faire, liée à l'état de santé mais ce sont plus les organisations de prise en charge qui respectent cette option. En effet, dans le système de paiement direct, les individus ont une large manœuvre dans la prise de décision pour entrer en contact avec une structure sanitaire. Ce sont les moyens financiers dont dispose l'individu qui importent et non l'état de santé.

Chez les non mutualistes, l'individu peut exiger une hospitalisation parce qu'il en a les moyens et non parce qu'il est malade. Il est certes vrai que les hospitalisations dues à un mauvais état de santé sont aussi courantes chez les non mutualistes mais certaines personnes se font hospitaliser parce qu'elles veulent simplement se reposer. La liaison entre l'hospitalisation et la maladie n'est donc pas toujours établie chez eux, ($\chi^2=1,1227$; $p=0,7716$). Dans notre étude, 4 cas de ce genre ont été constatés.

Par contre les mutualistes ont été hospitalisés parce qu'ils étaient malades. L'hospitalisation est ici précédée d'un contrôle au niveau de la mutuelle et du GRAIM à la suite duquel une attestation d'autorisation est délivrée au mutualiste avant tout contact

avec l'hôpital. Il peut arriver qu'une attestation soit délivrée à un mutualiste alors qu'il n'est pas malade. Ici ce n'est pas forcément une action préméditée mais sans doute due au fait que n'ayant pas de médecin conseil, les mutuelles peuvent commettre ce genre d'erreurs indépendamment de leur volonté. Dans la majorité des cas, il y a hospitalisation parce que le mutualistes est réellement malade, ($\chi^2=10,6992$; $p=0,0135$). Ainsi, la probabilité d'être hospitalisé à saint jean de dieu est plus élevée quand l'individu est mutualiste malade que quand il ne l'est pas.

➤ La durée de séjour en hospitalisation

La durée de séjour la plus longue (28 jours) a été faite par un non mutualiste. A Thiès, les mutuelles de santé prennent leurs membres en charge pendant 10 jours au-delà desquels les mutualistes doivent payer le surplus. Mais, il est bon de signaler que l'hôpital saint jean de dieu facture aux mutuelles tout le montant du séjour du patient même si la durée excède les 10 jours pris en charge. Cette situation a entraîné la faillite de certaines mutuelles de santé à Thiès parce qu'elles ne pouvaient plus payer les factures. Cela a été le cas de la mutuelles saint jean baptiste qui a eu à arrêter ses Activités avec saint jean de dieu. Pour cette raison et sans doute du fait des faibles moyens financiers des mutuelles, des efforts sont faits pour ne plus trop faire supporter des coûts énormes aux mutuelles. C'est ce qui expliquerait la forte réduction de la durée de séjour des mutualistes par rapport aux non mutualistes. Nous avons constaté dans nos résultats que quel que soit la maladie traitée chez les mutualistes, à part quelques cas, la durée de séjour a varié entre 1 et 10 jours. Sur cette base, il devient intéressant de se demander si ces contraintes financières ne risquent pas de nuire à la qualité des soins fournis aux mutualistes.

Par contre chez les non mutualistes, c'est un système de paiement direct. Il est vrai qu'ils ont des durées de séjour concentrées dans l'intervalle [1-10 jours], mais restent un peu plus à l'hôpital que les mutualistes. Nos résultats sont de ce point de vue, différents de ceux du Professeur Issakha Diallo, (ISED / UCAD, 2000) pour lesquels les mutualistes restent plus longtemps à l'hôpital. Les mutualistes ont fait une durée moyenne de séjour de 6,8 jours alors que les non mutualistes ont fait 7,2 jours qui correspond à la durée moyenne totale qui est de 7,2 jours. Le Pr Issakha D a lui trouvé 8,5 jours comme durée moyenne de séjour.

CONCLUSION

Etre aujourd'hui en bonne santé est un réel défi pour toute l'humanité et surtout pour les Africains. Les crises économiques aidant, se soigner dans les formations sanitaires est devenu financièrement périlleux pour les populations déshéritées. Les mécanismes sociaux de prise en charge comme les mutuelles de santé initiés n'ont pas totalement satisfait les besoins en matière d'accessibilité aux soins. L'utilisation des soins médicaux et surtout hospitaliers a créé aujourd'hui deux groupes de consommateurs de soins. Ceux qui y accèdent par leurs propres moyens, avec l'aide d'un parent ou par le biais des assurances commerciales et ceux qui ne peuvent y accéder que par le biais de mécanismes sociaux de prise en charge que sont les mutuelles de santé.

Selon les résultats de notre étude, les mutualistes sont des économiquement faibles exerçant dans le secteur informel. L'utilisation qu'ils font des soins hospitaliers est donc le fait des mutuelles de santé qui augmentent leur capacité de financement de la santé à travers le tiers payant. Cependant, les mutuelles ne rencontrent pas toujours l'adhésion totale des populations qui ne sont pourtant pas financièrement cossues. Notre étude a donné une ébauche de réflexion à cette situation en analysant l'utilisation par les mutualistes et les non mutualistes des soins hospitaliers à travers la qualité, le coût des soins consommés et les différentes formes de pathologies traitées. De ces différentes analyses, nous avons été amenés à retenir ce qui suit:

Au niveau de la qualité des soins, les mutuelles de santé permettent un facile accès aux soins à leurs membres à l'hôpital saint jean de dieu. Cependant, l'analyse des différentes composantes de la qualité a montré des résultats à demi-teinte. Globalement, les mutualistes ont été satisfaits mais quant à la disponibilité des médicaments et des visites médicales, les mutualistes n'ont pas été plus avantagés que les non mutualistes. Les mutuelles de santé permettent à leurs membres d'accéder aux soins à saint jean de dieu reconnu au plan national pour la qualité de ses soins. De ce point de vue, nous pouvons dire qu'elles assurent des soins de qualité à leurs membres. Toutefois, il importe de souligner que par rapport aux non mutualistes, les mutuelles de santé n'offrent pas toujours des soins de qualité.

Au niveau des coûts des soins, les non mutualistes ont payé plus cher les soins que les mutualistes. Cela est dû aux réductions que l'hôpital accordent aux mutuelles de santé. Ces coûts pour les mutuelles peuvent laisser perplexes quant à la capacité réelle de celles-ci à financer les soins hospitaliers. Ces mutuelles peuvent-elles réellement assurer des soins hospitaliers dans une formation sanitaire autre que l'hôpital saint jean de dieu ?

Au niveau des formes des pathologies, les non mutualistes de notre échantillon présentent plus de maladies chroniques et graves. Cela s'explique sans doute par la nette prédominance de ces non mutualistes dans notre échantillon. Toutefois, les maladies chroniques représentent 17,2 % de l'effectif total des hospitalisés et 15,3 % des mutualistes. Ces taux sont très élevés quand les coûts de prise en charge de ces maladies sont considérés. La proportion élevée des individus (surtout d'âge supérieur à 50 ans) voulant adhérer aux mutuelles, étant considérable ; il est nécessaire de se demander la cause réelle de cet ardent désir d'adhésion. Veulent-ils simplement adhérer parce que la mutuelle est un mouvement social de solidarité ou parce qu'ils savent que leur probabilité d'être malade est très élevée ? Dans ce cas, les mutuelles ne seraient-elles pas victimes de la sélection adverse ?

RECOMMANDATION

Au terme de notre étude, les résultats obtenus nous amènent à faire des recommandations en vue d'aider à rendre l'utilisation des soins hospitaliers plus efficiente. Nos recommandations s'adressent particulièrement aux :

Responsables des mutuelles de santé et du GRAIM :

Il s'agit pour les mutuelles de santé de faire de l'éducation à la santé à leurs membres, des formations en hygiène. Elles s'évitent ainsi des charges que pourraient occasionner des maladies évitables par de simples gestes d'hygiène.

Les mutuelles ne doivent prendre en charge que les pathologies coûteuses. La prise en charge des maladies bénignes dans un hôpital de référence fait supporter aux mutuelles de santé des charges énormes. Pour rendre donc leurs services efficaces, elles ne doivent prendre en charge que les pathologies devant lesquelles leurs membres éprouveraient de véritables difficultés financières.

Les mutuelles de santé doivent en plus contracter avec des postes de santé pour la prise en charge de pathologies de moindre gravité. Toutes les maladies ne doivent pas être forcément traitées dans les hôpitaux, il importe donc que ces mutuelles se rabattent sur les formations sanitaires de niveau inférieur pour réduire leurs charges.

Les mutuelles de santé doivent se regrouper en une fédération de mutuelles pour augmenter leur capacité financière. Ainsi, cette fédération pourra-t-elle engager un médecin pour les représenter devant les prestataires et contrôler l'état de santé des prétendants à l'adhésion aux mutuelles. Cela permettra de détecter d'éventuels cas de sélection adverse qui se manifesteraient.

Les mutuelles doivent faire de la sensibilisation pour attirer plus de personnes. La situation financière actuelle des mutuelles l'exige. Ce qui leur permettra de renflouer leurs caisses à travers les cotisations des membres et donc d'augmenter leur capacité de financement de la santé pour faire face à leurs problèmes de santé.

Non mutualistes

Les non mutualistes doivent respecter le système d'aiguillage. Il s'agit pour eux d'éviter de se faire traiter dans les hôpitaux pour des maladies bénignes; donc de minimiser les coûts des soins consommés.

Les mutuelles de santé constituent malgré tout un véritable mécanisme de financement de la santé. Les non mutualistes devraient donc adhérer pour non seulement solidariser avec les autres mais aussi pour participer à la promotion de ce mouvement social.

Responsables et prestataires de l'hôpital saint jean de dieu

Les prestataires de soins doivent aider les mutuelles de santé à définir les services à prendre en charge. Il se pourrait qu'avec les réductions accordées aux mutuelles, cet hôpital ne recouvre pas ses coûts. En aidant donc les mutuelles à définir un paquet de services efficaces, l'hôpital s'évite les coûts superflus.

Le directeur financier et comptable doit clairement déterminer les coûts pour chaque groupe de patients en fonction des différents mécanismes de prise en charge. Ceci leur permettra de vérifier le poids des coûts de chaque groupe en vue de réorienter leurs Activités.

Les responsables doivent mettre à la disposition du services de ménage des insecticides en vue de détruire tous les insectes qui gêneraient.

BIBLIOGRAPHIE

A JUILLET « Pauvreté et accès aux soins à Bamako », séminaire international, santé de la reproduction en Afrique, (IRD et ENSEA, novembre 1999) ;

ACOPAM « Mutuelle de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et agents », (Ed. programme BIT-ACOPAM, Dakar, Sénégal, 1999) ;

Alain Letourmy « L'assurance maladie obligatoire au Sénégal: Analyse et voies d'amélioration », (Juin 1996) ;

B. CRIEL et AL. « The Bwamanda hospital insurance scheme : effective for whom ? A study of its impact on hospital utilization patterns », (Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Nationlestraat.155, Antwerp, Belgium, 1999) ;

BENNET.S ; CREESE.A. MONASH.R « Health Insurance Scheme for people outside Formal Sector Employment », (Ara Paper No.16; WHO, Geneva, 1998) ;

BIT / STEP « La micro-assurance en Afrique: Guide d'introduction à la mutuelle de santé », (2000) ;

CHRIS ATIM Ph.D « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre », (USAID / PHR ; BIT / STEP ; BIT / ACOPAM ; ANMC ; WSM, mars 2000) ;

CHRIS ATIM Ph.D « Vers une meilleure santé en Afrique, étude comparée du financement communautaire et de la mutualité », (Solidarité mondiale, Bruxelles, 1996) ;

COURRIER DE LA CONCERTATION No.4 « Actes du forum », (BIT / STEP, Forum 2000 de la concertation, Dakar, 26-28 septembre 2000) ;

DAFF MAMADOU BOCAR « Etude sur les capacités des mutuelles de santé de Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins », (mémoire de fin d'études DSES, CESAG, 2000) ;

DAVID DROR ; JACQUIER. C « Micro-insurance : Extending health insurance to the excluded », (International Social Security Review, 52 (1), S.71-98 ; 1999) ;

GERARD DURU « Analyse et évaluation en économie de la santé », (Hermes, 1995) ;

Dr ISSAKHA DIALLO MD,DRPH « Partenariat du secteur de la santé avec les organisations communautaires de développement pour la promotion de la santé et la prévention des maladies », (OMS, 1998) ;

GRIFFIN. C « Health care in Asia: a comparative study of cost and financing », (World Bank Regional and Sectorial studies, Washington, DC, 1992) ;

HELENE PERRIN « Le paiement des soins par les usagers : un système de santé équitable ? analyse de sensibilité de la demande de soins à Abidjan, Côte d'Ivoire », (CERDI, Université d'Auvergne, colloque international, 30 novembre-1^{er} décembre 2000) ;

JOHANNES JUTTING « The impact of health insurance on the access to health care and financial protection in rural areas of developing countries: the example of Senegal », (Center for Development Ressearch, december2001) ;

JOHANNES JUTTING « Health insurance for the poor », (Development and cooperation, 2001) ;

JÜTTING J. ; TINE J « Micro système d'assurance et de mesure de santé dans le pays en voie de développement : une analyse de l'impact des système de mutuelles de santé en milieu rural sénégalais », (1992) ;

KANGA ARMEL JONAS « Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de soins de santé maternelle : cas de l'observatoire de Niakhar, Sénégal », (mémoire de fin d'études DSES, CESAG, 2002) ;

KOUASSI K BIDIO « Impact de la mutuelle sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins par les populations féminines vulnérables du Sénégal », (mémoire de fin d'étude, DSES, CESAG, 2001) ;

KUTZIN J ; BUMUM H « Institutional features of health insurance programs and their effects on developing country health systems”, (International Journal of health Planning and Management, 1992);

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE « Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2000-2005 » ;

NATHALIE MASSIOT « Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : cas du Sénégal », (USAID / PHR, BIT / ACOPAM, ANMC, WSM, avril 1998) ;

Pr ISSAKHA DIALLO « Impact des mutuelles de santé sur l'accessibilité des populations aux soins de santé modernes dans la région de Thiès au Sénégal », (ISED / ZEF) ;

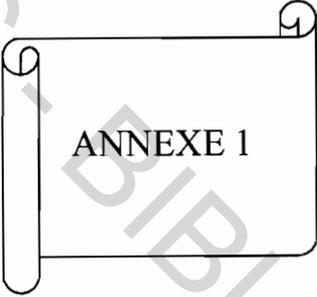
R. PAUL S HAW; CHARLES. C. GRIFFEN « Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance », (Banque mondiale, Washington, 1995) ;

SALIM HADDAD « Utilisation des services de santé en pays en développement : une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre », (1992) ;

WILLIAM HSIAO « le financement des soins de santé dans les pays du Sud », (Harvard University, School of public Health, septembre 1999) ;

YO M MARINA « Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès », (mémoire de fin d'étude, DSES, CESAG, 2002).

Analyse comparative de l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non mutualistes à l'hôpital saint jean de dieu de Thiès



ANNEXE 1

Entre

Hôpital Saint Jean de Dieu

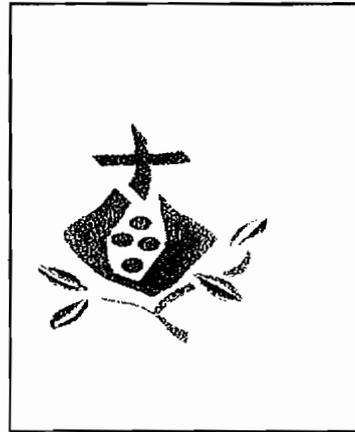
208, Rue 17 Quartier Diakhao

B.P 43A THIES

Tél 951.19.41 / 951.18.96

== Fax 951.18.43 ==

E-mail juliansapina@sentoosn



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

SAPINA,

ET

La Mutuelle de santé dont le siège social est fixé à
....., représentée par son Président, Monsieur
en vertu de la délégation que lui a octroyée l'Assemblée Générale ou le Conseil
d'Administration ou encore le Comité Directeur .

CONVENTION de PRESTATIONS de SERVICE

Article I : Objet

L'Hôpital Saint Jean de Dieu s'engage à

- ♣♣ Réserver un accueil chaleureux à tous les membres de la Mutuelle de santé
- ♣♣ Identifier les malades envoyés par les soins de ladite Mutuelle, avant toute intervention.
- ♣♣ Prendre en charge tous les malades envoyés par ladite Mutuelle sur présentation de
 - ➔ une lettre de garantie,
 - ➔ un passeport de santé avec photo
 - ➔ une carte d'identification,
 - ➔ une attestation de prise en charge.

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

Article 2 : Prestations de service

Elles concernent certains couloirs de nos services vendus

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

Article 3 : Tarifs préférentiels

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

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

Article 4 : Envoi des factures

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

Article 5 : Règlement régulier des factures

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

Deux (2) modes de paiement sont retenus :

- ♣♣ en numéraire
- ♣♣ en chèque.

Article 6 : Report de paiement mensuel

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

Article 7 : Cumul de factures non payées

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

Article 8 : Résiliation de la Convention

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

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

Article 9 : Date d'effet

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

- • par écrit tous les deux (2) ans à l'occasion de la révision du taux de remise accordée.
- • tacite une année sur deux.

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

Article 10 : Terme et Révision de la Convention

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

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

Article 11 : Rencontre d'évaluation

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

Article 12 : Procédure du Contentieux

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

Fait à Thiès, le 200.....

Pour la Mutuelle de Santé
Le Président

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

Ampliations :

- 1 exemple pour la D.G
- 1 exemple pour la D.C.F
- 2 exemples pour la Mutuelle

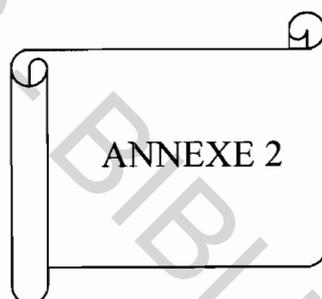
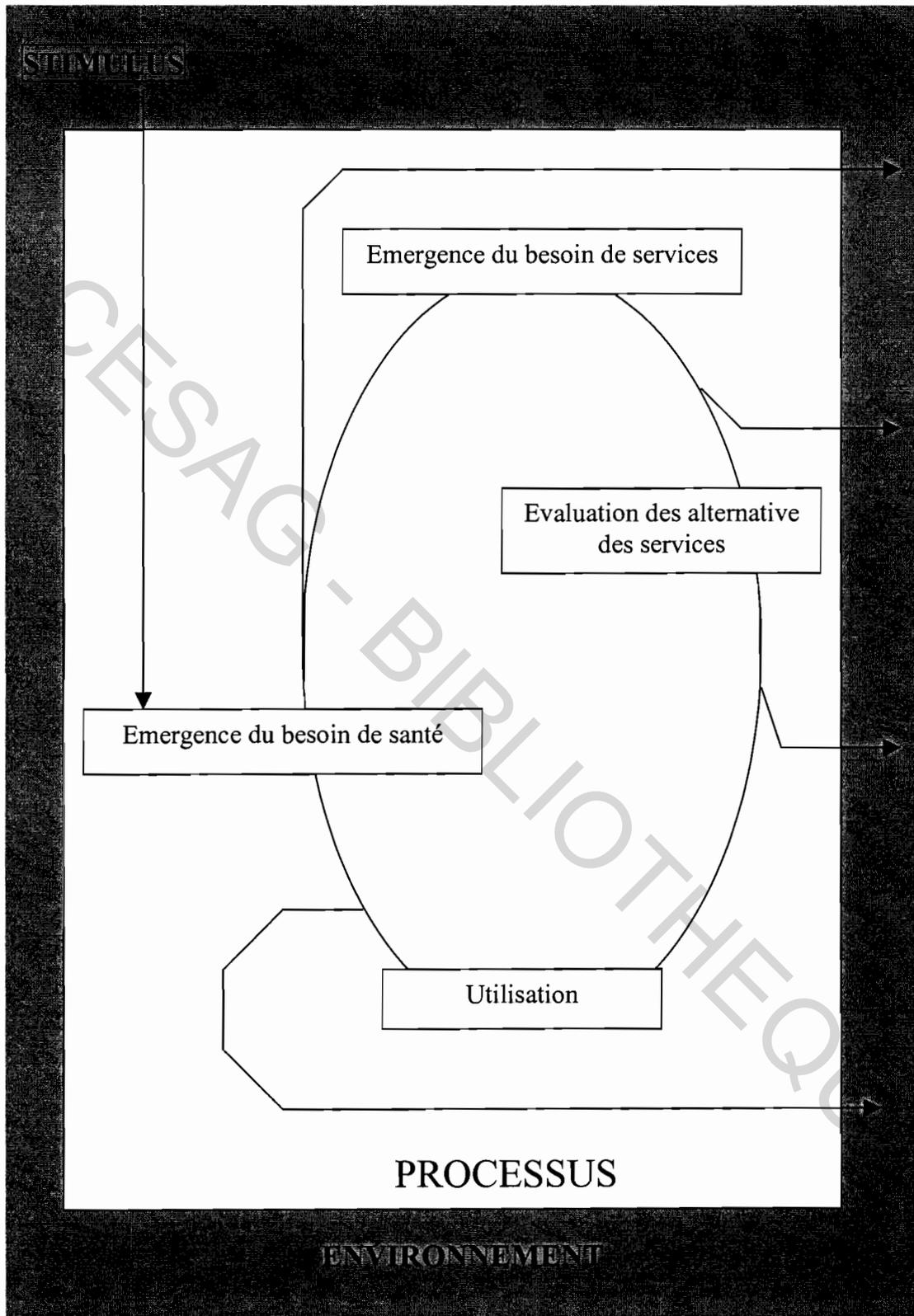
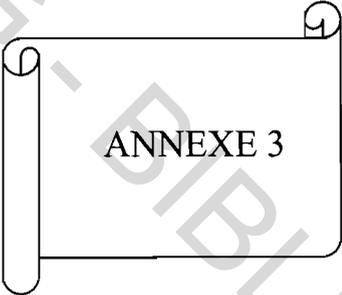


Figure 3 : Processus et étapes décisionnelles



Source : Gérard Duru « Analyse et évaluation en économie de la santé », (Hermes, 1995).



ANNEXE 3

18 / Avez-vous toujours recours à saint jean de dieu ? Oui Non

19 / Avez-vous déjà été hospitalisé à saint jean de dieu ? Oui Non

20 / Diagnostic clinique de la maladie: chronique grave bénigne

21 / Combien payez-vous pour le traitement de cette maladie ?.....

22 / Quelle a été la durée de l'hospitalisation?

Informations relatives à la qualité des soins

23 / Etes-vous satisfaits du comportement des prestataires ? Oui Non

24 / Pourquoi ?.....

25 / Combien de visites médicales recevez-vous par jour ?.....

26 / Les médicaments sont-ils toujours disponibles? Oui Non

27 / Les lits sont-ils en bon état ? Oui Non

28 / Pourquoi ?.....

29 / Quels sont les repas offerts par jour ? Pt déjeuner Déjeuner Dîner

30 / Pensez-vous qu'ils sont de bonne qualité? Oui Non

31 / L'entretien des salles est-il fait ? Oui Non

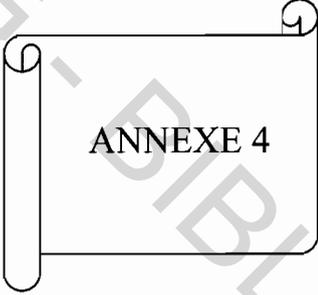
Informations relatives aux coûts des soins

32 / Comment vous rendez-vous à saint jean de dieu ?
A pied En voiture En calèche Autres

33 / Combien payez-vous pour y aller ?.....

34 / Combien avez-vous payé avant l'hospitalisation ?.....

35 / Combien dépensez-vous par jour hormis les frais d'hospitalisation ?.....



ANNEXE 4

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B.	N.B.	Social	Mutuelle	Normal
	Hématologie					
1	N.F.S Hémogramme	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
2	V.S	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
3	T.E	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
4	T.S	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
5	T.C	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
6	T.P	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
7	T.C.K	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
8	Fibrinémie	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
9	G.S.R.H	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
10	Test de Coombs	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
11	Electro de l'H.B	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
12	Electro des Prot.	300 F	90	27 000 F	27 000 F	27 000 F
13	Ionogramme	300 F	35	10 500 F	10 500 F	10 500 F
	Parasitologie					
14	G.E	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
15	Selles Kaop	300 F	30	1 000 F	1 000 F	9 000 F
	Bactériologie					
16	P.V ou P.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
17	Chlamydiae P.V	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
18	Recherche de germe	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
19	Crachat Baar	300 F	25	Gratuit	Gratuit	7 500 F
20	Spermogramme	300 F	60	18 000 F	9 000 F	18 000 F
21	Hémoculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
22	F.C.B.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
23	L.C.R	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
24	Uroculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
25	Sérologie chlamydiae avec P.V	300 F	110	25 000 F	25 000 F	33 000 F
	Biochimie					
26	Gamma G.T	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
27	Culot Urinaire	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
28	Albumine	300 F	7	500 F	500 F	2 100 F
29	Glucose	300 F	3	500 F	500 F	900 F
30	Alphafatoprot	300 F	75	22 500 F	22 500 F	22 500 F
31	Lipides totaux	300 F	10	2 500 F	2 500 F	3 000 F
32	Glycémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
33	Calcémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
34	Urée	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
35	Créatinémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F

Fait à Thiès, le 6 août 2002

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
Abbé Jean FAYE

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B.	N.B.	Social	Mutuelle	Normal
	Hématologie					
1	N.F.S Hémogramme	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
2	V.S	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
3	T.E	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
4	T.S	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
5	T.C	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
6	T.P	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
7	T.C.K	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
8	Fibrinémie	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
9	G.S.R.H	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
10	Test de Coombs	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
11	Electro de l'H.B	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
12	Electro des Prot.	300 F	90	27 000 F	27 000 F	27 000 F
13	Ionogramme	300 F	35	10 500 F	10 500 F	10 500 F
	Parasitologie					
14	G.E	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
15	Selles Kaop	300 F	30	1 000 F	1 000 F	9 000 F
	Bactériologie					
16	P.V ou P.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
17	Chlamydiae P.V	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
18	Recherche de germe	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
19	Crachat Baar	300 F	25	Gratuit	Gratuit	7 500 F
20	Spermogramme	300 F	60	18 000 F	9 000 F	18 000 F
21	Hémoculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
22	E.C.B.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
23	L.C.R	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
24	Uroculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
25	Sérologie chlamydiae avec P.V	300 F	110	25 000 F	25 000 F	33 000 F
	Biochimie					
26	Gamma G.T	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
27	Culot Urinaire	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
28	Albumine	300 F	7	500 F	500 F	2 100 F
29	Glucose	300 F	3	500 F	500 F	900 F
30	Alphafatoprot	300 F	75	22 500 F	22 500 F	22 500 F
31	Lipides totaux	300 F	10	2 500 F	2 500 F	3 000 F
32	Glycémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
33	Calcémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
34	Urée	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
35	Créatinémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F

Fait à Thiès, le 6 août 2002

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint Jean de Dieu
 B.P. 43 A - THIES

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B	N.B	Social	Mutuelle	Normal
73	P.S.A Quantitatif	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
74	Electrophorèse HB	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
75	Electrophorèse des Protéines	300 F	95	20 000 F	20 000 F	28 500 F
76	Sérologie chlamydiae sans P.V	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
77	Sérologie chlamydiae avec P.V	300 F	120	25 000 F	25 000 F	33 000 F
78	F.S.H	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
79	L.H	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
80	Testostéronémie Total	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
81	Testostéronémie Libre	300 F	140	29 500 F	29 500 F	42 000 F
82	Hémoglobine glycolysée	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
83	Anticorps anti D.N.A	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
84	Anticorps anti Hépatite A	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
85	Anticorps anti Hépatite B	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
86	Anticorps anti Hépatite C	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
87	Anticorps anti Hépatite F	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
88	Anticorps anti H.B.C	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
89	Anticorps spécifiques	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
90	Alphafoetoprotéine plasmatique	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
91	Ferritine plasmatique	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
92	Dosage Ig E	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
93	Prolactine	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
94	Cortisol Plasmatique	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
95	Taux de Reticulocytès	300 F	15	4 500 F	4 500 F	4 500 F
96		300 F				0 F
97		300 F				0 F
98		300 F				0 F
99		300 F				0 F
100		300 F				0 F
101		300 F				0 F
102		300 F				0 F
103		300 F				0 F
104		300 F				0 F
105		300 F				0 F
106		300 F				0 F

Fait à Thiès, le 18 Mars 2002

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
Abbé Jean FAYE
Hôpital Saint Jean de Dieu
B.P. 43 A - THIES

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B	N.B	Social	Mutuelle	Normal
39	V.D.R.L / Bw / R.P.R. CRP	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
40	H.B.S	300 F	90	6 000 F	6 000 F	27 000 F
41	Tréponématose	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
42	Selles Kaop	300 F	30	1 000 F	1 000 F	9 000 F
43	Crachat Baar	300 F	25	Gratuit	Gratuit	7 500 F
44	Spermogramme	300 F	60	18 000 F	9 000 F	18 000 F
45	Ionogramme	300 F	35	10 500 F	10 500 F	10 500 F
46	G. Test	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
47	Widal et Félix	300 F	50	15 000 F	10 500 F	15 000 F
48	Protéine C Réactive	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
49	Waalser Rose	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
50	Facteur Rhumatoïde	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
51	Protéine Totale	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
52	Triglycérides	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
53	Cholestérol T.T	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
54	Cholestérol H.D.L	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
55	Cholestérol L.D.L	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
56	Fer	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
57	Phospholipides	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
58	Bilirubine Totale	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
59	Bilirubine Direct	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
60	Magnésium	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
61	Phosphate	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
62	Phosphatase Alcaline	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
63	Phosphatase Acide	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
64	Phosphatase Prostatique	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
65	Amylasémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
66	Protéine 24 H	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
67	Hémoculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
68	Sérologie H.I.V	300 F	60	5 000 F	5 000 F	18 000 F
69	E.C.B.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
70	L.C.R	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
71	Uroculture	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
72	Hyperglycémie provoquée	300 F	Forfait	10 000 F	5 000 F	10 000 F

Fait à Thiès, le 30 Octobre 2000

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint-Jean de Dieu
 B.P. 43 A - THIES

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B	N.B	Social	Mutuelle	Normal
	Examens Spéciaux					
71	P.S.A	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
72	P.S.A Quantitatif	300 F	100	30 000 F	30 000 F	30 000 F
73	G. Test	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
74	P.S.A Quantitatif	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
75	Electrophorèse HB	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
76	Electrophorèse des Protéines	300 F	95	20 000 F	20 000 F	28 500 F
77	Sérologie chlamydiae sans P.V	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
78	F.S.H	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
79	L.H	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
80	Testostéronémie Total	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
81	Testostéronémie Libre	300 F	140	29 500 F	29 500 F	42 000 F
82	Hémoglobine glycolysée	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
83	Anticorps anti D.N.A	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
84	Anticorps anti Hépatite A	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
85	Anticorps anti Hépatite B	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
86	Anticorps anti Hépatite C	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
87	Anticorps anti Hépatite F	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
88	Anticorps anti H.B.C	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
89	Anticorps spécifiques	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
90	Alphafoetoprotéine plasmatique	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
91	Ferritine plasmatique	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
92	Dosage Ig E	300 F	70	15 000 F	15 000 F	21 000 F
93	Prolactine	300 F	100	21 000 F	21 000 F	30 000 F
94	Cortisol Plasmatique	300 F	80	21 000 F	21 000 F	24 000 F
95	Taux de Reticulocytès	300 F	15	4 500 F	4 500 F	4 500 F
96		300 F				0 F
97		300 F				0 F
98		300 F				0 F
99		300 F				0 F
100		300 F				0 F
101		300 F				0 F
102		300 F				0 F
103		300 F				0 F
104		300 F				0 F
105		300 F				0 F

Fait à Thiès, le 6 août 2002

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
Abbé Jean FAYE
Hôpital Saint Jean de Dieu
THIES

Supplément CRP = Bx = 3000

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B.	N.B.	Social	Mutuëlle	Normal
1	N.F.S Hémogramme	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
2	V.S	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
3	G.E	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
4	T.E	300 F	8	2 400 F	1 200 F	2 400 F
5	T.S	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
6	T.C	300 F	15	3 000 F	1 500 F	4 500 F
7	T.P	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
8	T.C.K	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
9	Fibrinémie	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
10	G.S.R.H	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
11	Test de Coombs	300 F	30	3 000 F	3 000 F	9 000 F
12	Electro de l'H.B	300 F	65	19 500 F	19 500 F	19 500 F
13	Electro des Prot.	300 F	90	27 000 F	27 000 F	27 000 F
14	Gamma G.T	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
15	Culot Urinaire	300 F	25	1 000 F	1 000 F	7 500 F
16	Albumine	300 F	7	500 F	500 F	2 100 F
17	Glucose	300 F	3	500 F	500 F	900 F
18	P.S.A	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
19	P.S.A Quantitatif	300 F	100	30 000 F	30 000 F	30 000 F
20	Toxoplasmose	300 F	60 40 20	9 000 F	9 000 F	18 000 F
21	Rubéole	300 F	60 40 20	9 000 F	9 000 F	18 000 F
22	T 3	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
23	T 4	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
24	T.S.H	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
25	Alphafatoprot	300 F	75	22 500 F	22 500 F	22 500 F
26	P.V ou P.U	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
27	Chlamydiae P.V	300 F	40	12 000 F	6 000 F	12 000 F
28	Sérochlamydiae	300 F	80	24 000 F	12 000 F	24 000 F
29	Recherche de germe	300 F	30	9 000 F	4 500 F	9 000 F
30	Lipides totaux	300 F	10	2 500 F	2 500 F	3 000 F
31	Glycémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
32	Calcémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
33	Urée	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
34	Créatinémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
35	Acide Urique	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
36	Bilirubinémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
37	Transaminoses	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
38	Aslo	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
	<i>Tycoplasme</i>	<i>300</i>	<i>10</i>	<i>9000</i>		

*18000
18000*

Fait à Thiès, le 30 Octobre 2000

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé JEAN FAYE
 Hôpital Saint-Jean de Dieu



H.M 14.11

Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
Baback	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Mboro	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Thialy	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence		50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F



H.M

Exercice 2001

H.M

Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
Fandène	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	40%	60%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	40%	60%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		40%	60%
	Accouchements dystociques		20%	80%
	Actes Chirurgicaux		30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Lalane Diassap	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence		50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques		30%	70%
	Actes Chirurgicaux		30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Sanghé	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation		3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation		3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F



Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
World Vision	Consultation Externe			3 000 F
	Consultation d'Urgence			6 000 F
	Consultation Cardiologique			6 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes		10%	90%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe		10%	90%
	Hospitalisation 3è catégorie		10%	90%
	Actes Chirurgicaux		Aucune	100%
	Frais d'évacuation		Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme			17 500 F
	Echocardiographie			28 000 F
Jappo	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3è catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux		40%	60%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F	
Wer Werlé	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3è catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F	



Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
Mont Rolland	Cons. Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Cons. Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Cons. Cardio	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3è cat		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
	Koudiadiène	Cons. Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
Cons. Urgence			50%	3 000 F
Cons. Cardio		Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
Analyses internes			Gratuit	
Analyses externes		Mutualiste + Attestation	50%	50%
Analyses soustraitées			Aucune	100%
Radiographie interne			Gratuit	
Radiographie externe		Mutualiste + Attestation	50%	50%
Hospitalisation 3è cat			50%	50%
Accouchements dystociques			30%	70%
Accouchements simples			Aucune	Forfait
Actes Chirurgicaux			30%	70%
Frais d'évacuation		Mutualiste	Aucune	20 000 F
Electrocardiogramme		Mutualiste + Attestation		6 000 F
Echocardiographie		Mutualiste + Attestation		15 000 F
M.V.M.C	Cons. Externe	Mutualiste paie 40 %	20%	2 400 F
	Cons. Urgence	Mutualiste + L.G	50%	3 000 F
	Cons. Cardio	Mutualiste + Attestation	50%	6 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste paie 40 %	20%	40%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste paie 40 %	20%	40%
	Hospitalisation 3è cat		25%	75%
	Accouchements dystociques		20%	80%
	Accouchements simples		Aucune	Forfait
	Actes Chirurgicaux		20%	80%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + L.G		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + L.G		15 000 F



Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
Léhar	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements dystociques		20%	80%
	Actes Chirurgicaux		20%	80%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Soppanté	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		50%	50%
	Accouchements simples	Forfait accordé	Aucune	100%
	Accouchements dystociques		30%	70%
	Actes Chirurgicaux		30%	70%
	Frais d'évacuation		Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F	
Faggu	Consultation Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Consultation d'Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Consultation Cardiologique	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	40%	60%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	40%	60%
	Hospitalisation 3 ^e catégorie		40%	60%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux		35%	65%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F



Tarifs en rigueur pour les Mutuelles

Mutuelle	Prestations	Bénéficiaire	Taux Remise	Montant
And Fagaru	Cons. Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Cons. Urgence	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Cons. Cardio	Mutualiste + Attestation	50%	3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3è cat		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
Saint Benoit	Cons. Externe	Mutualiste + Attestation		2 000 F
	Cons. Urgence	Mutualiste + Attestation		3 000 F
	Cons. Cardio	Mutualiste + Attestation		3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste + Attestation	50%	50%
	Hospitalisation 3è cat		50%	50%
	Accouchements dystociques	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Actes Chirurgicaux	Mutualiste + Attestation	30%	70%
	Frais d'évacuation	Mutualiste	Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste + Attestation		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste + Attestation		15 000 F
	Cons. Externe	Mutualiste		2 000 F
	Cons. Urgence	Mutualiste		3 000 F
	Cons. Cardio	Mutualiste		3 000 F
	Analyses internes		Gratuit	
	Analyses externes	Mutualiste		
	Analyses soustraitées		Aucune	100%
	Radiographie interne		Gratuit	
	Radiographie externe	Mutualiste		
	Hospitalisation 3è cat			
	Accouchements dystociques			
	Actes Chirurgicaux			
	Frais d'évacuation		Aucune	20 000 F
	Electrocardiogramme	Mutualiste		6 000 F
	Echocardiographie	Mutualiste		15 000 F



Annale de la Tarification à la Gynécologie

Ligne	Prestation	Tarification		
		P.U.K	N.K	Normal
	Seins			
1	Nodule du sein	1 500 F	30	45 000 F
2	Mastectomie simple	1 500 F	50	75 000 F
3	Mastectomie Curage ganglionnaire	1 500 F	100	150 000 F
	Utérus			
4	Myomectomie (F5)	1 500 F	100	150 000 F
5	Hystérectomie avec cons. annexielle	1 500 F	100	150 000 F
6	Hystérectomie sans cons. annexielle	1 500 F	150	225 000 F
7	Hystérectomie élargie	1 500 F	250	375 000 F
8	Curetage utérin	1 500 F	30	45 000 F
9	Cure de synéchie par voie haute	1 500 F	80	120 000 F
10	Opération de soutien orientation utérin	1 500 F	50	75 000 F
	Ovaires			
11	Kystectomie	1 500 F	100	150 000 F
12	Ovariectomie	1 500 F	100	150 000 F
13	Annexectomie ablation trompe+ovaire	1 500 F	150	225 000 F
	Trompes			
14	Salpingectomie GEU,Hydrosalpinx,Pyo	1 500 F	100	150 000 F
15	Salpingectomie Plastie tubaire	1 500 F	100	150 000 F
16	Ligature tubaire	1 500 F	80	120 000 F
17	Hydrotubation	1 500 F	14	21 000 F
	Col Utérin			
18	Conisation	1 500 F	30	45 000 F
19	Cerclage	1 500 F	30	45 000 F
20	Electrocoagulation	1 500 F	30	45 000 F
21	Amputation	1 500 F	50	75 000 F
22	Trachélorraphie	1 500 F	30	45 000 F
	Vagin Vulve Périnée			
23	Prolapsus génital colpo périnéorraphie	1 500 F	120	180 000 F
24	Reprise de périnée Périnéorraphie	1 500 F	30	45 000 F
25	Kyste de Bartholin	1 500 F	40	60 000 F
26	Fistules génitales	1 500 F	100	150 000 F
27	Résection de l'hymen	1 500 F	30	45 000 F
28	Hyménoplastie reconstruire l'hymen	1 500 F	30	45 000 F
	Obstétrique			
29	Accouchement normal	1 500 F	23	35 000 F
30	Accouch dystocique forceps ventouse	1 500 F	50	75 000 F
31	Césarienne	1 500 F	100	150 000 F
32	Césarienne + Myomectomie	1 500 F	120	180 000 F
	Autres			
33	Résection du nerf présacré	1 500 F	100	150 000 F
34	Cure incontinence urinaire voie basse	1 500 F	120	180 000 F

Fait à Thiès, le 31 Janvier 2001

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jean FAYE
 La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint Jean de Dieu

Annale de la Tarification à la Radiologie

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.K	N.K	Social	Mutuelle	Normal
	Crâne					
1	Blondeau	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
2	Nez Front Plaque	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
3	Hirtz	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
4	Crâne Front / Profil	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
5	Crâne Front / Profil Worms	1 500 F	15	11 250 F	11 250 F	22 500 F
6	Selle Turcique	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
7	Face Haute	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
8	Face Basse	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
9	Os du Nez OPN	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
10	Schiller Droite & Gauche	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
11	A.T.M Droite & Gauche	1 500 F	49	36 750 F	36 750 F	73 500 F
12	Max Inf. Doug	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
13	Maxillaire défilé Droite/G.	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
14	Orbites	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
	Rachis					
15	Cervical Front/Profil	1 500 F	12	9 000 F	9 000 F	18 000 F
16	Cervical Front/Profil + 3/4	1 500 F	27	20 250 F	20 250 F	40 500 F
17	Dorsal Front/Profil	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
18	Dorsal Front/Profil	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
19	Lombaire Front/Profil	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
20	Lombaire Front/Profil + 3/4	1 500 F	46	34 500 F	34 500 F	69 000 F
21	Lombaire + Disque L5 S1 F/P	1 500 F	32	24 000 F	24 000 F	48 000 F
22	Lomb. + Disq L5 S1 F/P 3/4	1 500 F	48	36 000 F	36 000 F	72 000 F
23	Disque L5 S1 F/P	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
24	A.S.P ou Bassin Face	1 500 F	12	9 000 F	9 000 F	18 000 F
25	A.S.P ou Bassin Face/Profil	1 500 F	18	13 500 F	13 500 F	27 000 F
26	Hanche Front/Profil	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
27	Genou Humerus	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
28	Bassin + Hanche Profil	1 500 F	18	13 500 F	13 500 F	27 000 F
	Cage Thoracique					
29	Poumon Face	1 500 F	12	9 000 F	9 000 F	18 000 F
30	Poumon Face/Profil	1 500 F	18	13 500 F	13 500 F	27 000 F
31	Gril Costal Front	1 500 F	24	18 000 F	18 000 F	36 000 F
32	Gril Costal Front/Oblique	1 500 F	24	18 000 F	18 000 F	36 000 F
33	Sternum	1 500 F	20	15 000 F	15 000 F	30 000 F
34	Clavicule	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F

Fait à Thiès, le 30 Octobre 2000

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint-Jean de Dieu

CAUDM. 1510 15000

Hôpital Saint-Jean De Dieu
 Quartier Diakhao-Thialy
 B.P. 43 A **THIES**

Exercice 2000

Tél. 951. 19. 41 & 951. 18. 96

Annale de la Tarification à la Radiologie

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.K	N.K	Social	Mutuelle	Normal
	Membres Inférieurs					
35	Femur Front/Profil	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
36	Genou Front/Profil	1 500 F	10	6 000 F	6 000 F	15 000 F
37	Genou Front/Profil + Rotule	1 500 F	16	12 000 F	12 000 F	24 000 F
38	Tibia Front/Profil	1 500 F	10	6 000 F	6 000 F	15 000 F
39	Cheville Front/Profil	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
40	Pied Front/Oblique	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
41	Orteil	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
	Membres Supérieurs					
42	Epaule Face	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
43	Epaule Face/Profil	1 500 F	15	11 250 F	11 250 F	22 500 F
44	Omoplate Face/Profil	1 500 F	13	9 750 F	9 750 F	19 500 F
45	Humeurs Face/Profil	1 500 F	10	7 500 F	7 500 F	15 000 F
46	Coude Face/Profil	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
47	Avant-bras Face/Profil	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
48	Poignet Avant Bras	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
49	Main Doigt / Coude	1 500 F	8	6 000 F	6 000 F	12 000 F
50	Scahoïde	1 500 F	14	10 500 F	10 500 F	21 000 F
	Examens Spéciaux					
51	T.O.G.D	1 500 F	60	45 000 F	45 000 F	90 000 F
52	T.O Transit Oesophagien	1 500 F	30	24 500 F	24 500 F	45 000 F
53	L.B Lavement barité	1 500 F	60	45 000 F	45 000 F	90 000 F
54	U.I.V	1 500 F	67	50 250 F	50 250 F	100 500 F
55	U.C.R	1 500 F	40	30 000 F	30 000 F	60 000 F
56	Contenu Utérin	1 500 F	20	15 000 F	15 000 F	30 000 F
57	H.S.G	1 500 F	40	30 000 F	30 000 F	60 000 F
58	Echographie	1 500 F	24	9 000 F	9 000 F	36 000 F
59	Tomographie	1 500 F	60	45 000 F	45 000 F	90 000 F
60	Saccographie	1 500 F	80	60 000 F	60 000 F	120 000 F
61	Arthrographie	1 500 F	60	45 000 F	45 000 F	90 000 F
	thorax creux	1500	20	18000	18000	36000

COCCYX

1500

16

Fait à Thiès, le 30 Octobre 2000

Vessie sous préparation K₁₀₂

Calcéa

Calciuméum K₈

Vésicostomie Lapar K₁₀

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint-Jean de Dieu

Annale de la Tarification en Cardiologie

Ligne	Prestation	Actes Médicaux		Tarif		
		P.U.K	Nombre	Social	Mutuelle	Normal
1	Electrocardiogramme E.C.G	2 000 F	10	6 000 F	17 500 F	20 000 F
2	Echocardiographie	2 000 F	35	15 000 F	56 000 F	70 000 F

Fait à Thiès, le 8 Mars 2001

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annale de la Tarification au Laboratoire

Ligne	Prestation	Unité Prestation		Tarification		
		P.U.B	N.B	Social	Mutuelle	Normal
	Biochimie					
36	Acide Urique	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
37	Bilirubinémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
38	Transaminoses	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
39	Aslo	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
40	V.D.R.L / Bw	300 F	20	3 000 F	3 000 F	6 000 F
41	Tréponématose	300 F	20	6 000 F	6 000 F	6 000 F
42	Protéine C Réactive	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
43	Waalser Rose	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
44	Facteur Rhumatoïde	300 F	35	3 000 F	3 000 F	10 500 F
45	Protéine Totale	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
46	Triglycérides	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
47	Cholestérol T.T	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
48	Cholestérol H.D.L	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
49	Cholestérol L.D.L	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
50	Fer	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
51	Phospholipides	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
52	Bilirubine Totale	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
53	Bilirubine Direct	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
54	Magnésium	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
55	Phosphate	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
56	Phosphatase Alcaline	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
57	Phosphatase Acide	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
58	Phosphatase Prostatique	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
59	Amylasémie	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
60	Protéine 24 H	300 F	10	2 500 F	1 500 F	3 000 F
61	Hyperglycémie provoquée	300 F	Forfait	10 000 F	5 000 F	10 000 F
	Sérologie					
62	Toxoplasmose	300 F	40	6 000 F	6 000 F	12 000 F
63	Rubéole	300 F	40	6 000 F	6 000 F	12 000 F
64	T 3	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
65	T 4	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
66	T.S.H	300 F	70	21 000 F	21 000 F	21 000 F
67	Sérochlamydiae	300 F	80	24 000 F	12 000 F	24 000 F
68	H.B.S	300 F	90	6 000 F	6 000 F	27 000 F
69	Widal et Félix	300 F	50	15 000 F	10 500 F	15 000 F
70	Sérologie H.I.V	300 F	60	5 000 F	5 000 F	18 000 F

Fait à Thiès, le 6 août 2002

La Direction Comptable et Financière

Abbé Jeannot

La Direction Comptable et Financière
 Abbé Jean FAYE
 Hôpital Saint Jean de Dieu
 B.P. 43 A THIES