



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT
DE LA SANTE - ISMS



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE

Promotion 11, Année académique 2008-2009

THEME

**« ETUDE DE FAISABILITE D'UNE MUTUELLE DE
SANTE AU SEIN DES ASSOCIATIONS DES PV VIH
DU DEPARTEMENT DE MBOUR »**

Elaboré par :

Magatte Ndoye NDIAYE

Sous la direction de :

Docteur Ousseynou DIOP :

Economiste de la Santé /

Enseignant associé au CESAG

M0150DSES10

2

Bibliothèque du CESAG



104657

SOMMAIRE

DEDICACES :	iv
REMERCIEMENTS :	v
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vi
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
LEXIQUE TECHNIQUE.	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
I. GENERALITES	4
I.1 Politique en matière de santé	4
I.2 Situation économique et sociodémographique	4
II. REVUE DE LA LITTERATURE :	6
III. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
III.1 Contexte/Etat des lieux	9
III.2 Hypothèses de travail :	11
III.3 Objectif de l'Etude :	11
III.3.1 Objectif Général :	11
III.3.2 Objectifs Spécifiques :	12
IV. METHODOLOGIE ET PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE.	13
IV.1 Présentation du cadre d'étude	13
IV.1.1 Mbour zone de vulnérabilité :	13
IV.1.2 Une situation d'urgence	14
IV.2 Méthodologie :	15
IV.2.1 Type d'étude.	15
IV.2.2 Calcul de la taille de l'Echantillon	16
IV.2.3 Techniques de recueil des données	16
IV.2.3.1 Revue documentaire (annuaires, rapports économiques, textes,...)	16
IV.2.3.2 Questionnaire d'enquête destinée aux PV VIH,	16
IV.2.3.3 Questionnaire destiné au personnel de santé ou responsables des formations sanitaires.	17
IV.2.3.4 Visite d'observation d'une mutuelle.	17
IV.2.4 Analyse et traitement des informations :	17
V. CARACTERISTIQUES GENERALES DES ENQUETES.	19
V.1 Répartition des enquêtés par association	19
V.2 Répartition par Sexe des PV VIH	19
V.3 Situation matrimoniale et statut dans le ménage des PVVIH	20
V.4 Niveau d'Education	21

V.5	Profession _____	19
V.6	Taille des ménages _____	20
V.7	Religion _____	21
VI.	FAISABILITE SOCIALE, INSTITUTIONNELLE ET ECONOMIQUE DE LA MUTUELLE. _____	22
VI.1	Faisabilité Sociale et Institutionnelle de la mutuelle. _____	22
VI.1.1	La dynamique organisationnelle et associative : _____	22
VI.1.2	Compétence en gestion _____	23
VI.1.3	Appui extérieur _____	23
VI.1.4	Accord avec les structures sanitaires. _____	25
VI.1.5	Perception des futurs mutualistes au système : _____	26
VI.1.5.1	Connaissance de la mutualité: _____	26
VI.1.5.2	Obstacles pouvant faire échouer le projet de création d'une mutuelle. _____	26
VI.1.5.3	Intension d'adhérer à la mutuelle _____	27
VI.2	Faisabilité Economique _____	28
VI.2.1	Potentiel économique : _____	28
VI.2.2	Contribution au financement des soins _____	29
VI.2.3	Disposition à payer _____	31
VI.2.3.1	Montant souhaité pour l'adhésion ou achat de la carte mutuelle: _____	31
VI.2.3.2	Montant de la cotisation proposé _____	32
VI.2.3.3	Nombre de personnes à charge par les futurs mutualistes _____	33
VI.2.3.4	Modalité de paiement des cotisations _____	34
VII.	FAISABILITE SANITAIRE DE LA MUTUELLE. _____	35
VII.1	Besoins prioritaires face aux risques maladie. _____	35
VII.1.1	Prestations à payer avec difficultés. _____	35
VII.1.2	Profil épidémiologique de la population d'étude _____	37
VII.2	Analyse de l'offre de soins _____	38
VII.2.1	Les critères de proximité _____	38
VII.2.2	Les critères de qualité. _____	39
VII.2.2.1	Qualité objective des formations sanitaires _____	39
VII.2.2.2	Qualité perçue des formations sanitaires _____	41
VII.2.2.3	La fréquentation des PVVIH aux formations sanitaires: _____	42
VIII.	FAISABILITE TECHNIQUE ET FINANCIERE DE LA MUTUELLE _____	45
VIII.1	Les Services de soins à couvrir : _____	45
VIII.1.1	Taux d'exclusion total : _____	45
VIII.1.2	Taux d'exclusion partiel aux médicaments : _____	46
VIII.1.3	Services de soins souhaités par les futurs membres: _____	46
VIII.2	Modalité de recouvrement des cotisations et de prise en charge. _____	49
VIII.2.1	Le Tiers payant _____	49
VIII.2.2	Le paiement direct ou tiers garant. _____	49
VIII.3	Niveau de prise en charge : _____	49
VIII.4	Calcul des cotisations correspondantes. _____	49
VIII.4.1	Calcul de la Prime Pure _____	50

VIII.4.1.1	Coût unitaire moyen :	_____	51
VIII.4.1.2	Fréquence d'utilisation du service :	_____	51
VIII.5	Propositions des différents scénarii	_____	51
IX.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	_____	61
IX.1	CONCLUSION GENERALE	_____	61
IX.2	RECOMMANDATIONS	_____	62
IX.2.1	Aux prestataires de soins :	_____	62
IX.2.2	A la mutuelle :	_____	62
IX.2.3	A ENDA SANTE :	_____	63
BIBLIOGRAPHIE :	_____	_____	64
ANNEXE A	_____	_____	a
	Annexe 1 : Répartition entre le revenu des enquêtés et la périodicité du revenu	_____	a
	Annexe 2 : Répartition du montant du revenu des enquêtés :	_____	b
	Annexe 3 : Répartition de la consommation mensuelle des enquêtés	_____	b
	Annexe 4 : Test de corrélation entre consommation et revenu des personnes PVVIH.	_____	c
	Annexe 5 : Répartition des dépenses mensuelles de santé.	_____	d
	Annexe 6 : Formations sanitaire fréquentées par les personnes vivant avec le vih	_____	d
	Annexe 7 : Qualité perçue des formations Sanitaires fréquentées.	_____	e
	Annexe 8 : Synthèse de la qualité perçue des formations sanitaires	_____	f
	Annexe 9 : Services renoncés par manque d'argent	_____	g
	Annexe 10 : Fréquence des prestations	_____	g
ANNEXE B	_____	_____	h
ANNEXE C	_____	_____	l

DEDICACES :

Je dédié ce travail

- A ma mère ! Pour toutes tes sacrifices et prières,
- A ma femme pour toute sa patience et son amour.
- A BEBE SOKHNA ma fille ainée !
- A mon défunt Père ! Que la terre te soit légère,
- A toute ma famille ! Mes sœurs et frères
- A mes neveux et nièces ! Que ce travail soit un exemple pour vous.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- M El hadji GUEYE Chef de Département Economie de la Santé au CESAG,
- A Docteur DIOP Ousseynou, enseignant associé au CESAG et en service à la CAFSP qui n'a ménagé aucun effort pour encadrer ce travail,
- A tous les Professeurs de l'Institut Supérieure de Management de la Santé du CESAG pour la qualité de leurs enseignements et l'ambiance des séances de formations.
- A Mme GUEYE Assistant de Direction pour sa grande disponibilité,
- A tout le personnel d'Enda Santé particulièrement à Mme DIOP Fanta Touré et à l'Equipe de Mbour : Djibril, Tidiane, René, Sanou et tous les autres pour m'avoir accueilli dans l'organisation et pourvu aux ressources nécessaires pour la réalisation du mémoire.
- A tous les membres des associations de PV VIH du département de Mbour en particulier le bureau de Mbour pour leur dynamisme et leur disponibilité.
- A l'ensemble des stagiaires de la 11^{ième} Promotion d'Economie de la Santé et aux amis stagiaires en Gestion des Services de Santé.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1 REPARTITION DES ENQUETES PAR ASSOCIATIONS	17
TABLEAU 2 REPARTITION PAR SEXE DE LA POPULATION D'ETUDE	17
TABLEAU 3 REPARTITION CROISEE DE LA POPULATION SELON LA SITUATION MATRIMONIALE ET LE STATUT DANS LE MENAGE	18
TABLEAU 4 REPARTITION DE LA POPULATION SELON LEUR PROFESSION	20
TABLEAU 5 NOMBRE DE PERSONNES QUI COMPOSENT LE MENAGE	20
TABLEAU 6 REPARTITION DE LA POPULATION D'ETUDE EN FONCTION DE LZ RELIGION	21
TABLEAU 7 PARTICIPATION DES PV VIH A DES MOUVEMENTS DE MASSES.....	22
TABLEAU 8 OBSTACLES DE LA MUTUELLE SELON LES ENQUETES	27
TABLEAU 9 : DEPENSES MENSUELLES DE SANTE DES ENQUETES.....	29
TABLEAU 10 : NOMBRE DE PERSONNES A CHARGE.....	33
TABLEAU 11 : FREQUENCE DES MODALITES DE PAIEMENT PROPOSEES	34
TABLEAU 12 : QUALITE OBJECTIVE DES DISTRICTS SANITAIRES	39
TABLEAU 13 : NOMBRE DE FOIS TOMBE MALADE*FORMATION SANITAIRE FREQUENTEE ...	43
TABLEAU 14 : TAUX DE FREQUENTATION DES FORMATIONS SANITAIRES	43
TABLEAU 15 : PRESTATAIRES A COUVRIR SOUHAITEES	47
TABLEAU 16 : TABLEAU RECAPITULATIF DES SCENARII	60
FIGURE 1 REPARTITION DES PV VIH DELON LEUR NIVEAU D'EDUCATION	19
FIGURE 2 LES DIFFERENTS PARTENAIRES DES ASSOCIATIONS DES PV VIH.....	25
FIGURE 3 : CONSOMMATION TOTALE DES ENQUETES.....	29
FIGURE 4: SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DES ENQUETES.....	31
FIGURE 5: FREQUENCE DU MONTANT D'ADHESION SOUHAITE.....	31
FIGURE 6 : FREQUENCE DU MONTANT DE LA COTISATION PROPOSE	32
FIGURE 7: BARRIERES A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE PAR ORDRE DE PRIORITE.....	36
FIGURE 8 : SERVICES DE SOINS AVEC DIFFICULTES A PAYER	36
FIGURE 9 : REPARTITION (EN POURCENTAGE) DES INFECTIONS OPPORTUNISTES LES PLUS RESSENTIES CHEZ LES ENQUETES	37
FIGURE 10 : QUALITE PERÇUE DES STRUCTURES SANITAIRES	42
FIGURE 11: TAUX D'EXCLUSION TOTAL DES SERVICES.....	46

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	Activité Génératrice de Revenu
APAS	Agence pour la Promotion des Activités de Population au Sénégal
ARV	Anti Retro - Viraux
BIT/STEP	Bureau International du Travail/ Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
CDS	Centre de Santé
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNS	Compte Nationaux de la Santé
CPI	Conter Part International
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS/4	Enquête Démographique et Sanitaire n°4
ENDA	Environnement Développement Action
GPF	Groupement de Promotion Féminin
HACI	Hope for African Children Initiative
HRT	Hôpital Régional de Thiès
IB	Initiative de Bamako
IO	Infection Opportuniste
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental
PEC	Prise En Charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PV VIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

LEXIQUE TECHNIQUE.

Dans cette partie du travail, il nous paraît très important de définir les termes qui sous tendent le sujet selon le guide d'introduction à la mutualité du BIT/STEP.

- **Convention** : Accord conclu entre les prestataires de soins et la mutuelle, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.
- **Faisabilité** : Est l'étape de tout projet de création ou développement de système de micro assurance permettant de :
 - vérifier qu'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés;
 - définir pour le futur système des caractéristiques qui favorisent son développement et lui permettent d'être viable;
 - décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins.
- **Fonds de garantie**: L'esprit du fonds de garantie n'est pas de subventionner une mutuelle de santé mais de lui faire des avances de fonds remboursables pour combler les périodes de tension de trésorerie.
- **franchise monétaire** : à chaque utilisation consiste à prendre en charge 100% des dépenses moins un montant, exprimé en unités monétaires et appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'adhérent et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées. Ce type de co-paiement ne favorise pas l'accessibilité des soins.
- **Médicament générique** : Médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important, et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination commune internationale (DCI), établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), correspond au nom générique.
- **Médicaments essentiels** : Les médicaments essentiels sont ceux qui sont sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour prévenir ou soigner les maladies les plus fréquentes dans un pays. L'emploi de cette sélection permet d'améliorer la thérapie, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

- **Mutuelle** : Une mutuelle de santé est une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et à leur profit, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé.
- **Personnes à charge** : C'est une personne qui, sans être adhérente au système de micro-assurance santé, bénéficie de ses services, en raison de son lien de parenté avec un adhérent. Les adhérents et les personnes à charge constituent les bénéficiaires de la mutuelle ou les personnes couvertes.
- **Période d'observation ou période d'attente**: Egalement appelée période probatoire, elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services de la mutuelle. Elle permet d'éviter que certaines personnes s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et ne démissionnent ensuite. (par exemple en prévision d'un accouchement)
- **Prestataires de soins** : C'est une personne ou une formation sanitaire, qui dispense des soins de santé à un patient. Exemple: Médecins, pharmaciens, chirurgiens, sages-femmes, infirmiers, centre de santé, hôpital de district, hôpital régional, hôpital national, dispensaire, tradipraticiens, etc.
- **Protocole thérapeutique** : C'est une procédure standardisée de traitement, définissant, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'ils sont suivis, les protocoles thérapeutiques permettent de soigner le patient au meilleur coût et avec un niveau de qualité garanti. L'existence de protocoles thérapeutiques permet également d'estimer plus facilement le coût des prestations
- **Réactivité** : Elle est la capacité d'un système à répondre aux attentes des communautés.
- **Risque de sur prescription** : Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.
- **Risque moral** : Le risque moral est la situation à laquelle des bénéficiaires à partir du moment où ils sont assurés, tendent à consommer abusivement des services proposés. Le fait que la cotisation soit indépendante du montant des dépenses prises en charge incite les individus à consommer un maximum de prestations.
- **Sélection adverse** : On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie constituent une part des bénéficiaires plus élevée que la part de la population qu'elles représentent.

- **Soins à domicile** : Soins dispensés au domicile du patient. Dans certains pays, les médecins ou les infirmières effectuent ainsi des visites à domicile, dont les tarifs sont plus élevés pour tenir compte des frais de déplacement du prestataire.
- **Soins ambulatoires** : Soins effectués dans un établissement médical mais sans hospitalisation ou internement du patient.
- **Soins de santé primaires** : c'est une stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé du premier échelon de la pyramide sanitaire, sur leur extension (de l'aspect curatif aux actions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.
- **Soins hospitaliers** : Soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour en hôpital comptant au moins une nuit.
- **Soins spécialisés** : Consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).
- **Viabilité technique et financière** : Capacité de la mutuelle à limiter les risques par des mesures efficaces ; à couvrir durablement ses charges et à faire face à ses engagements financiers dans les délais requis.
- **Ticket modérateur** : lorsque le système de micro-assurance santé prend seulement en charge un pourcentage des dépenses, le complément à la charge de l'adhérent s'appelle ticket modérateur. Le ticket modérateur permet de modérer la consommation de soins de santé de l'individu (dans la mesure où celui-ci a quelque chose à payer, il est tenté de limiter sa consommation).
- **Tiers payant** : Système de paiement des dépenses de santé dans lequel l'adhérent ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). Le SA paie le complément de ce coût directement aux prestataires.
- **Tiers garant** : C'est un mécanisme par lequel le patient couvert par le système de micro-assurance santé débourse, au moment de l'utilisation des services de santé, le montant total des dépenses de santé et se fait ensuite rembourser la part couverte par le système.

INTRODUCTION GENERALE

Depuis 2006, la suppression de la participation financière des patients sur le lieu de prestations des traitements et des soins est l'un des piliers de l'approche de santé publique proposée par l'OMS dans le cadre de la généralisation de l'accès aux traitements et de la prise en charge médicale des PV VIH dans les pays pauvres (Gilks et al.2006). Cette recommandation n'a cependant pas été complétée par des directives précisant ses modalités de mise en œuvre. Cette absence de directive a suscité de nombreuses inquiétudes, voire des réticences, de la part des responsables des programmes de santé publique des pays pauvres, s'interrogeant sur la faisabilité économique d'une telle décision et sur la mise en œuvre de cette politique de gratuité des soins et services spécifiques au VIH/sida. Passer de la gratuité des médicaments à la gratuité de l'ensemble de la prise en charge médicale nécessite de mettre en place un mode de gestion efficace et pérenne des financements. La gratuité sans un financement assuré et qui fonctionne correctement risque d'aller à l'encontre des objectifs souhaités.

Il existe une forme de solidarité internationale qui voudrait que les pays financièrement riches interviennent pour soutenir la santé dans les pays dits pauvres. Or, cette aide diminue d'année en année du fait de l'appauvrissement du contribuable dans ces pays donateurs et des difficultés de trésorerie qu'affrontent leurs gouvernements. Alors, il est de plus en plus demandé aux pays pauvres de se prendre en charge, notamment dans le domaine de la santé.

Au Sénégal, des études réalisées portant sur l'analyse du financement du programme national de prise en charge du sida¹, l'accessibilité financière du programme² et l'évaluation des coûts hors ARV pour les patients³; ont montré l'inefficacité et les effets pervers des systèmes de paiements.

Il existe en fait cinq types possibles de financement : la dotation en nature des produits nécessaires à la consommation du service gratuits ; la fourniture d'équipement permettant de compenser par d'autres recettes la perte liée à la gratuité ; l'augmentation de la dotation budgétaire publique ; la prise en charge particulière d'indigents et le remboursement par un tiers des services gratuits.

¹ Ciss et al 2002, Vinard et al 2003

² Lanière et al 2002

³ Canestri et al 2002

Ces différents mécanismes de financement ont connu des limites à savoir : rupture de stocks, baisse de la qualité des services (service inefficace ou irrespectueux des patients), paiement occultes, etc....; ce qui nécessiterait d'autres alternatives auxquelles, nous notons le partage des risques entre personnes vivant avec le VIH.

Face à cette situation d'inaccessibilité financière aux soins, l'idéal serait que les populations puissent s'organiser surtout celles se trouvant en association avec l'appui de certaines institutions et ONG, pour mettre en place des mutuelles de santé communautaire ou des micro assurance de santé en vue de prévenir le risque économique lié à la maladie et d'améliorer de facto leur recours aux soins.

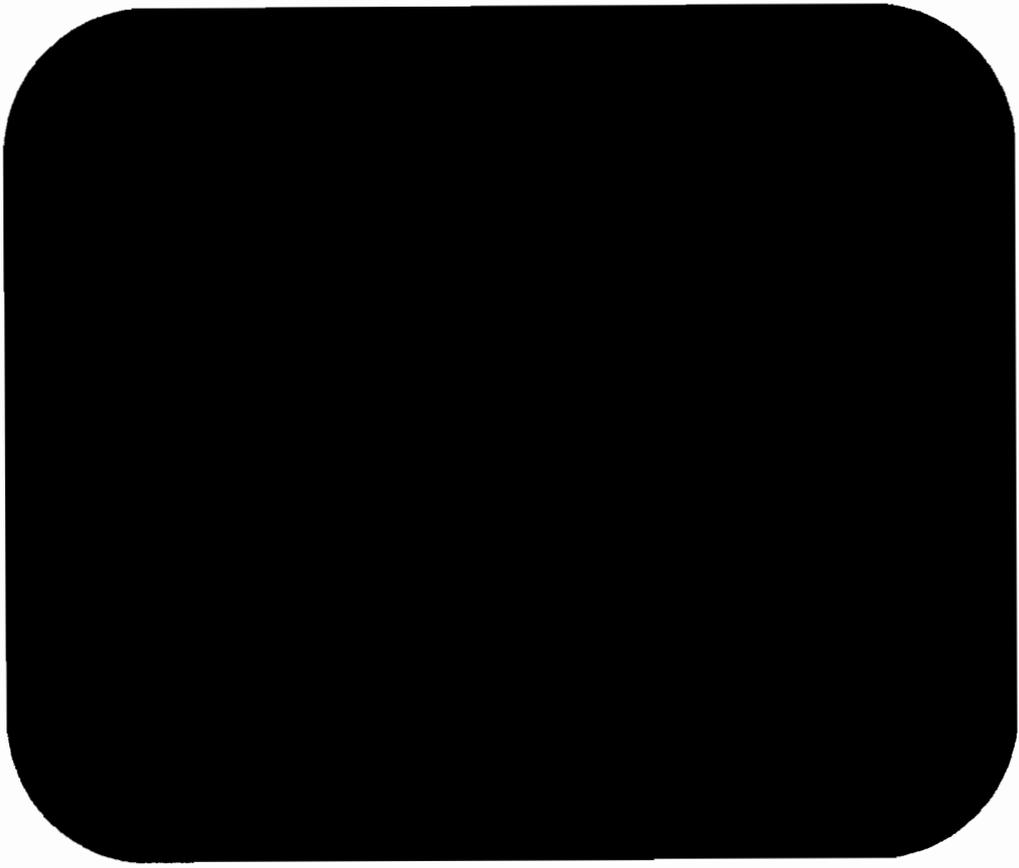
C'est dans cette optique que nous avons voulu apporter notre contribution à l'association des PV VIH dans la mise en place d'une mutuelle de santé en vue de lever la contrainte financière liée à l'accès aux soins de qualité.

L'étude de faisabilité du dit projet s'articule autour de quatre grandes parties :

- Les caractéristiques générales des enquêtés,
- La faisabilité sociale, institutionnelle et économique de la mutuelle,
- La faisabilité sanitaire et analyse de l'offre de soins,
- La faisabilité technique et financière de la mutuelle.

Cette étude est d'une utilité certaine pour les intervenants dans le financement de la santé, et notamment celui de la mutualité. Elle va permettre aux futurs adhérents de la mutuelle de santé à mieux partager les risques et à mieux gérer leurs revenus, dans le cadre d'une meilleure prévoyance.

Elle sera aussi considérée par ces adhérents comme document de base pour l'appréciation de la faisabilité de leur projet, et de l'identification de leur besoin. Ce document sera destiné à tous les promoteurs potentiels des mutuelles de santé du Sénégal. Les conclusions de cette étude pourront être utilisées par le gouvernement sénégalais comme document de base si jamais l'Etat veut étendre cette initiative dans d'autres localités du pays.



I. GENERALITES

I.1 Politique en matière de santé

Depuis l'émergence des associations de promotion de la santé, des soins de santé primaires en 1977 et de l'Initiative de Bamako en 1987, les populations sont de plus en plus impliquées dans la gestion des structures publiques de santé. Cette tendance a été renforcée par le transfert de la compétence de la santé aux collectivités et l'érection des hôpitaux publics en établissements publics de santé dirigés par des conseils d'administration avec la représentation des populations depuis la réforme hospitalière en 1998.

L'initiative de Bamako (1987) s'est fait remarquer par la mise en place des comités de santé et des comités de gestion (COSA, COGES) mais aussi l'adoption des médicaments génériques (MEG) et la généralisation du recouvrement des coûts des soins par la facturation des usagers au niveau des soins de santé primaires et des soins hospitaliers.

I.2 Situation économique et sociodémographique

Par ailleurs, le niveau de développement et la structure de l'économie du Sénégal ont des implications importantes sur le financement de la santé et la protection sociale. Le faible niveau du PIB par tête, la faiblesse des capacités fiscales, la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel, et le développement de l'offre privée de soins de santé et du secteur pharmaceutique contraignent le financement public du secteur de la santé.⁴

Par conséquent, la faiblesse du financement public va de pair avec des soins de qualité médiocre et une couverture très inégalitaire.

Parallèlement à la structure de l'économie, la faiblesse de l'emploi dans le secteur formel en particulier, limite la couverture des systèmes de protection sociale.

Ces difficultés se sont traduites depuis la fin des années 80 par une part de plus en plus prédominante du financement de la santé qui est prise en charge par les ménages à travers des mécanismes de paiement direct par les usagers

⁴ Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal

Selon les CNS du Sénégal 2005, le fardeau le plus lourd du financement de la santé est supporté directement par les ménages (32% des dépenses de santé) à travers des mécanismes qui contraignent l'accessibilité financière aux soins de santé. Les contraintes d'accessibilité financière aux soins de santé se manifestent sous diverses formes d'exclusion : temporaire, saisonnière, ou partielle.

Ces risques sont autant plus accrus pour la majorité de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture formelle, dont les secteurs les plus pauvres de la population.

C'est dans ce contexte qu'émerge la mutualité dans le secteur de la santé au Sénégal en faveur de la dynamique du mouvement associatif depuis la fin des années 80. Dans ce cadre, l'émergence de la mutualité se fonde sur la solidarité, l'entraide mutuelle, et la coopération sociale, dont l'expression la plus immédiate est observée dans le foisonnement des associations socioprofessionnelles, des groupements féminins, des associations socioculturelles de jeunes et des associations confessionnelles. Comme en témoignent la mutuelle des enseignants du privé catholique et la mutuelle de l'association des diabétiques de Ziguinchor.

Ce qui pourrait s'étendre à toutes autres associations comme celle des PV VIH.

II. REVUE DE LA LITTERATURE :

Le système d'assurance maladie est le déficit de notre politique publique depuis 30 ans. Les pouvoirs publics ont toujours pensé que la protection sociale était une affaire de riches. Ils n'ont jamais fait le lien avec la pauvreté. Ils en ont fait une affaire limitée parce qu'elle a été introduite par le système colonial et ils l'ont limitée aux travailleurs dudit système c'est-à-dire les fonctionnaires.

Le système d'assurance maladie se caractérise au Sénégal par une très grande hétérogénéité dans la couverture. Les travailleurs permanents du secteur privé avec leur famille ont une protection assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au moins jusqu'à la retraite.

Les fonctionnaires et les agents contractuels de l'Etat, ainsi que les salariés de quelques entreprises publiques bénéficient d'un régime différent. Ils ont un accès, ainsi que leur famille, aux structures de soins agréées par l'Etat par une prise en charge partielle par l'Etat (80%) des services de soins médicaux prescrits.

Pendant leur période de retraite, les agents contractuels de l'Etat ainsi que les salariés du secteur privé sont pris en charge par l'Institut de Prévoyance Sociale (IPRES) qui gère leur pension. En cas de besoins de consultations spécialisées, ou d'une hospitalisation, ces agents sont pris en charge à 80% par le régime maladie des retraités.

Parallèlement à ces régimes, les assurances privées commerciales développent depuis plusieurs années, des produits d'assurance maladie, mais le montant des primes demandées, réserve ce type de protection maladie aux cadres d'entreprises ou aux professions libérales. Ainsi, une faible proportion de la population sénégalaise est prise en charge par ces différents types de protection sanitaire.

En tout, près de 300.000 personnes doivent bénéficier directement de ce type de protection maladie, ce qui représente avec leurs ayants droits environ 1.200.000 personnes couvertes, sur une population estimée à 10.000.000 soit près de 15% de l'ensemble de la population (Journal L'Info, 1999). Cela veut dire qu'il y a moins de 10 % de Sénégalais qui sont couverts par un système de protection sociale. Quand nous regardons les accidents de travail ou quand nous regardons la maladie, tous ceux qui sont dans le secteur informel et même dans le secteur formel et (certains travailleurs indépendants) ne sont pas affiliés à un système qui les protège.

Tous ces gens n'étant pas protégés, nous pouvons dire qu'il y a une carence énorme du système de protection sociale au Sénégal.

Et de plus en plus, des voix s'élèvent pour dénoncer ce qu'elles appellent un régime peu solidaire (systèmes de protection sociale précités), puisque n'étant pas fait pour les indigents et qui reste peu ouvert à l'immense majorité des travailleurs du secteur informel. Le système de protection sociale dans les pays industrialisés devrait nous influencer où toutes sortes d'assurance maladie et systèmes d'aide sont prévus pour aider le citoyen à surmonter les difficultés du chômage, de la maladie, etc.

L'une des valeurs fondamentales des structures pratiquée et développée en Europe est celle de la solidarité entre les membres. En pratique, cela signifie que tous les membres du fonds de solidarité apportent une assistance financière mutuelle à ceux qui sont dans le besoin. La multitude de solutions proposées et des expériences vécues en Europe peuvent être utilisées au moins comme un pôle de savoir faire, afin d'aider d'autres pays notamment sous-développés à élaborer leurs propres politiques.

Ce système est différent du système africain dans la mesure où dans ce dernier, les travailleurs du secteur informel et les populations pauvres sont le plus souvent ignorés du point de vue de la protection sanitaire.

Ces formules d'assurance maladie ont du mal à assurer une couverture universelle, même pour un niveau de soins de base.

Elles accentuent les inégalités d'accès aux soins de santé dans la mesure où, si les primes sont fonctions des risques, ce sont ceux-là même qui sont les moins en mesure de supporter de telles primes qui se verront appliquer les taux les plus élevés.

Ce qui pousse donc à se demander si le système actuel de la protection sociale ne serait pas un mythe qui va voler en éclats progressivement?

C'est pourquoi, les responsables de la sécurité sociale sont conscients du fait que les personnes non salariées qui constituent l'immense majorité de la population sénégalaise sont les éternelles absentes des progrès sociaux faute de moyens financiers permettant d'égaliser le traitement des travailleurs salariés et non salariés. Pour ces derniers, leur force de travail est leur principal actif et ils sont trop pauvres pour pouvoir épargner en prévision d'une longue retraite. Ces travailleurs non salariés ne sont pas très pauvres pendant qu'ils travaillent, mais risquent de le devenir si des instruments financiers ne sont pas mis en place pour effectuer un transfert de ressources pour l'avenir: par exemple l'épargne ou les assurances.

C'est ainsi que selon la nature du risque, il est possible d'envisager des stratégies diverses et différents types d'intervention pour limiter certains risques comme la maladie.

Ce n'est que tout récemment en 1996, que l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) a étendu sa protection sociale aux travailleurs du secteur informel dénommé: «Assuré volontaire», moyennant une cotisation personnelle de 600 FCFA par mois. Un effort consenti par l'Etat pour permettre à toutes les franges de la population d'avoir accès aux soins. Là, se trouverait peut-être une voie permettant d'étendre la protection sociale aux populations autres que les salariés.

A Thiès, une couverture en moyenne de 95000 personnes est assurée par les 42 mutuelles de santé de localité. Parmi lesquelles, la mutuelle de santé «Faggu : la prévoyance » des retraités de l'IPRES de Thiès avec 1640 adhérents (30% des retraités de la région), assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 40 à 80% du montant des prestations. (Rapport de la visite des mutuelles de Thiès, CESAG, 09)

Cette mutuelle est complémentaire car ses adhérents bénéficiaient déjà d'une protection sociale assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM),

Mais, malgré tout l'effort consenti, la demande reste accrue par rapport à l'offre de soins.

C'est ainsi que pour pallier les déficits, on note de la part des femmes une recrudescence de l'activité des tontines et mbotays (qui sont des regroupements de femmes comme les tontines), conçus comme une alternative aux aléas de la vie sociale et risques socio-sanitaires.

De même, le BIT a, par exemple, mis en place un programme baptisé Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP/BIT) au Sénégal. Se voulant «un instrument pour lutter contre l'exclusion sociale et pour étendre la protection sociale aux groupes exclus dans le monde». STEP apporte notamment son concours à la création de microprojets de mutuelles de santé un peu partout en Afrique. Nombre de ces structures ont vu le jour dans des secteurs aussi divers que le transport routier, la pêche artisanale, les coopératives agricoles ou bien encore le bâtiment et la construction (Banque Mondiale, 2004) et aussi dans les mouvements de masse.

III. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

III.1 Contexte/Etat des lieux

La prévalence du VIH/SIDA est relativement faible au Sénégal (autour de 1%) comparativement à celle observée dans d'autres pays d'Afrique du Sud du Sahara. Cette situation résulte de la réponse précoce apportée à la lutte contre la maladie dans le pays. Une réponse qui a permis d'accumuler plusieurs acquis dans le cadre de la prise en charge des PV VIH dont : la gratuité des traitements ARV, ainsi que certains examens de laboratoire et médicaments pour le traitement des IO, l'intégration de soins ambulatoires dans des structures au niveau des régions, la forte implication de la société civile et des PV VIH dans la prise en charge nutritionnelle et psychologique et l'intégration VIH/TB.

Souvent mise sur le devant de la scène et citée à titre d'exemple par les institutions internationales de lutte contre le sida, la politique nationale sénégalaise contre le VIH semble malgré tout ne pas avoir échappé à un certain nombre de limites et doit aujourd'hui faire face à une série de difficultés.

Cependant, la prise en charge des personnes infectées reste aujourd'hui largement médico-centrée et s'ajoute rarement un accompagnement psychosocial de qualité (éducation thérapeutique, soutien à l'observance, appui nutritionnel, AGR, etc....).

La mission a été particulièrement frappée par la stigmatisation et les discriminations s'exerçant à l'endroit des personnes séropositives au Sénégal.

En effet, selon le Plan stratégique de lutte contre le Sida 2007/2011 : « plusieurs personnes ont témoigné du mauvais accueil qui leur était notamment réservé en tant que personnes séropositives au sein même des structures hospitalières. Ceci semble être particulièrement inquiétant dans le cas des femmes enceintes séropositives, certains personnels de santé refusant tout simplement de les prendre en charge malgré des programmes de formations mis en œuvre ».

Les limites de l'accessibilité des PV VIH au traitement restent importantes. La gratuité des ARV ne s'accompagne pas aujourd'hui de la prise en charge de l'ensemble des coûts liés au suivi biologique (examens CD4 et transaminases gratuits tous les six mois). Certes, le Sénégal a officiellement lancé un programme de décentralisation de la prise en charge du VIH en 2001. Le choix a été fait d'initier la décentralisation au niveau des hôpitaux régionaux pourvus d'équipements permettant un suivi biologique de qualité des patients sous ARV.

Ainsi, la réponse au VIH est toujours confrontée, à plusieurs défis dont l'extension de l'accès des traitements ARV au niveau les plus décentralisés possible, la pérennisation de l'appui en médicaments pour le traitement des IO et un paquet minimum de bilan, le renforcement du paquet de prise en charge nutritionnelle et psychosociale.

Les volets « prise en charge des IO » et « prise en charge socio-économique » restent à ce jour en deçà des attentes des PV VIH du fait de l'absence de politique et pratiques systématiques à leur encontre. En conséquence du vide politique dans la prise en charge des IO, les coûts de la prise en charge des IO et des bilans médicaux sont supportés directement par les PV VIH. Les coûts d'accès associés à la prise en charge des IO et du suivi biomédical grèvent lourdement le revenu des PV VIH et réduisent leurs capacités à faire face à leurs besoins primaires (alimentations, éducations des enfants, transports pour observer leur traitement et autres besoins essentiels). Ils entravent aussi l'observance de leur traitement au risque de remettre en cause la raison d'être et l'efficacité des initiatives de gratuité des ARV.

Une étude réalisée conjointement par le CNLS et l'IRD en 2006 conclut, cependant, que « **le paquet de soins pris en charge actuellement par l'Etat couvre déjà 90% des coûts directs, et la prise en charge médicale complémentaire ne nécessite qu'un complément modeste (autour de 3500 FCFA par patient par mois)** ».

Il reste à mettre en place des arrangements institutionnels permettant de faire face à ce besoin complémentaire à moindre coût.

En pratique, un grand nombre d'acteurs engagés dans la prise en charge médicale des PV VIH ont mis en place diverses procédures afin de limiter le paiement des patients, voir d'aboutir à une gratuité complète des soins. Ces initiatives proviennent :

- du CNLS à travers par exemple la dotation de matériel d'analyse biologique pour les structures de santé ;
- du Ministère de la santé lui-même (via la division de lutte contre le Sida et les IST) qui fournit des réactifs et des médicaments ;
- des responsables de structure de santé (centre de santé ou hôpitaux) qui prennent la décision de ne pas facturer les consultations médicales des PV VIH ;
- de diverses associations et ONG nationales ou étrangères qui prennent à leur compte tout ou partie des dépenses de santé des PV VIH.

Ces initiatives s'appuient sur diverses sources de financement internationaux, nationaux, privés ou publics. De la sorte, la prise en charge médicale des PV VIH est souvent gratuite ou partiellement gratuite.

Mais sur l'ensemble du pays cette gratuité s'avère extrêmement variable d'une région à l'autre, dans le temps et selon les aires géographiques ou les domaines d'interventions des différents acteurs. Ces hasards de répartition laissent des espaces dans lesquels des patients doivent encore payer une part de leurs soins.

Toutes ces difficultés doivent être prises en compte pour améliorer non seulement l'accès effectif des personnes infectées aux soins de qualité durable mais aussi à la gestion des structures de santé.

La mutualisation des PV VIH paraît ainsi constituée une alternative intéressante pour limiter d'avantage ces contraintes et de faire face à la pérennisation du financement des soins de santé.

C'est dans cette dynamique qu'ENDA Santé envisage de mettre en place une mutuelle de santé des PV VIH dans le département de Mbour.

Mais la création d'une mutuelle de santé devrait donc être validée par une étude de faisabilité technique et financière préalable qui appréciera sa pertinence, sa performance, sa cohérence et sa viabilité.

III.2 Hypothèses de travail :

- ✓ Le contexte socioculturel, économique, institutionnel, sanitaire local semble favorable au mouvement mutualiste des PV VIH.
- ✓ La mutualisation des PVVIH semble faisable techniquement et financièrement au vu du contexte.

III.3 Objectif de l'Etude :

III.3.1 Objectif Général :

Notre étude vise à déterminer les conditions de la faisabilité, les modalités et les règles de fonctionnement d'une mutuelle de santé au sein des associations des PV VIH dans le Département de Mbour.

III.3.2 Objectifs Spécifiques :

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

- Identifier les caractéristiques socioculturelles, démographiques et économiques de la population d'étude,
- Analyser le contexte social, institutionnel et économique de la mutuelle,
- Analyser le contexte sanitaire et en particulier l'offre de soins afin de déterminer les structures et prestataires de soins partenaires,
- Identifier les risques et les menaces pour une performance de la mutuelle de santé.
- Déterminer les différentes formules de couverture ou couple cotisations/prestations : services couverts, niveau de prise en charge, montant des cotisations et des modalités de recouvrement des cotisations et de la prise en charge.

CFESAG - BIBLIOTHEQUE

IV. METHODOLOGIE ET PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE.

IV.1 Présentation du cadre d'étude

Situé dans la région de Thiès, Mbour est un département qui comprend 4 communes préfectorales (Mbour, Joal, Popengine et Thiadiaye) dotées chacune d'un District ou Centre de Santé ; sous la tutelle de la région médicale de Thiès. Dans chacune des communes se trouve une association de PV VIH.

En effet, le département de Mbour de par sa vocation touristique se trouve sur la route nationale reliant Dakar et l'intérieur du pays ; faisant de lui une zone carrefour. C'est un lieu de rencontre et de brassage de personnes venues d'horizons divers (Gambie, Kaolack, Ziguinchor). Le développement de l'activité touristique, de la pêche, du secteur informel et l'implantation de nouvelles entreprises et hôtels sont autant de facteurs qui expliquent cette situation.

Mbour dispose d'une station balnéaire qui reste l'un des pôles touristiques les plus importants du Sénégal et de l'Afrique de l'Ouest, d'un port de pêche considéré comme l'un des plus grands du pays.

Malgré ce boom économique et démographique, les populations de Mbour vivent dans leur grande majorité en dessous du seuil de la pauvreté qui est estimé à 612 FCFA/Jour/Personne dans la région de Thiès (DSRP II). Le manque d'informations sur les IST/ VIH et les moyens de prévention aussi bien au niveau de la population générale que des groupes les plus vulnérables a facilité la propagation du VIH dans cette zone qui a un taux de prévalence estimé à 2 % et qui est plus élevée que la moyenne nationale.

IV.1.1 Mbour zone de vulnérabilité :

Selon l'analyse situationnelle effectuée par Enda en 2003, Mbour est caractérisée par la pauvreté et le chômage des jeunes, le tourisme et son corollaire la prostitution, la forte mobilité de la population routiers, travailleurs saisonniers, pêcheurs, mareyeurs,... Ces facteurs exposent les populations à l'émergence des IST en particulier le VIH.

A cela s'ajoutent l'homosexualité, les perceptions, pratiques et comportements des populations : survivance de certaines croyances, refus du préservatif, non existence du VIH/SIDA, l'ignorance ou l'insuffisance des connaissances sur les modes de prévention et transmission des IST/VIH par les populations.

IV.1.2 Une situation d'urgence

Selon les données du district sanitaire de Mbour, la prévalence du VIH estimée à 2% dans la zone ce qui est relativement plus élevée que la moyenne nationale qui est de 0,7% (EDS4).

Plus de 400 PVVIH sont suivies au niveau des 4 districts sanitaires du département (Mbour, Popengine, Joal et Thiadiaye). D'autres indicateurs sanitaires de la localité sont :

- Couverture vaccinale : 6,3%,
- Mortalité maternelle : 86‰ contre 400‰ (taux national),
- Mortalité néonatale : 4‰
- Mortalité *infanto – juvénile* : 1,2%.
- Morbidité liés au Paludisme : 0,1%.
- Morbidité du VIH/sida : 2,3% contre 0,4 (taux national)
- Prévalence de la malnutrition chronique : 30%
- Prévalence contraceptive : 8%

IV.2 Méthodologie :

A l'instar de toute étude, notre travail s'organise autour d'un certain nombre d'exigences méthodologiques.

Dans l'ambition et dans le souci d'exposer clairement les stratégies méthodologiques déployées pour le recueil des informations nécessaires à notre recherche, nous avons adopté la démarche et les techniques du BIT/STEP pour confronter nos hypothèses à la réalité du terrain.

Avant toute mise en place d'un système d'assurance santé, il est important de vérifier si les conditions suivantes sont réunies :

- Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible.
- Une dynamique de développement socio-économique est engagée.
- Existence d'un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie.
- Disponibilité des services de santé de qualité acceptable.

Elle consiste à rechercher les facteurs de faisabilité (pertinence et viabilité), les modalités d'organisation et de fonctionnement (cohérence et performance) pour la mise en place de ce système de micro assurance santé au sein des populations.

Ainsi les informations à chercher portent sur : la détermination des conditions sociales économiques sanitaires et institutionnelles surtout sur l'identification de la faisabilité financière et technique d'une mutuelle de santé au sein des populations.

La faisabilité financière et technique vise à d'identifier les services à couvrir en priorité, le niveau de prise en charge et le montant des cotisations correspondant.

IV.2.1 Type d'étude.

Il s'agit ici d'une étude rétrospective par approche quantitative et qualitative.

La population cible est les membres des différentes associations de PV VIH du département de Mbour (233) répartis comme il suit : 134 à Mbour ; 41 à Popengine ; 33 à Thiadiaye et 25 à Joal. Ces associations sont composées d'hommes et de femmes d'enfants et d'adultes qui ont accepté de se mettre ensemble pour mieux vivre leur statut sérologique et mener des AGR. Cet esprit de solidarité est fondamental dans toute initiative mutualiste.

IV.2.2 Calcul de la taille de l'Echantillon

L'idéal était d'enquêter toute la population c'est-à-dire les 233 personnes mais, suite à l'irrégularité des personnes aux activités des dites associations, nous avons procédé à un échantillonnage. Après avoir retenu 1/3 dans chaque groupe, nous obtenons 79 individus amenés alors à 80 personnes. Le BIT/STEP recommande au moins les 10% de la population cible.

Vu la répartition sociodémographique des personnes infectées, nous privilégions **la méthode par quotas** avec comme « *sexe* » la seule **variable de contrôle** afin d'obtenir un échantillon représentatif.

Proportionnellement à la répartition par sexe de la population de chaque groupe, cette taille est alors répartie comme suit : à Mbour 46 (33 Femmes et 13 hommes); à Joal 9 (7 femmes et 2 hommes) ; à Thiadiaye 11 (8 femmes et 3 hommes) ; à Popengine 14 (8 femmes et 6 hommes)

IV.2.3 Techniques de recueil des données

Comme ENDA SANTE organise des repas communautaires et des groupes de paroles à l'endroit des associations et que ces dernières aussi tiennent des réunions pour évaluer des activités déjà réalisées. Nous avons alors saisi ces occasions pour administrer les questionnaires destinés aux personnes vivants. Concernant les prestataires de services nous nous sommes rendus à leur lieu de service.

Pour mener à bien l'étude, les outils ou supports méthodologiques suivants sont utilisés :

IV.2.3.1 Revue documentaire (annuaires, rapports économiques, textes,...)

C'est un travail préalable ou la base théorique sur laquelle se fonde l'étude de la mutualité.

Une analyse documentaire continue permettrait d'appréhender la situation sanitaire et économique du département de Mbour mais aussi les textes législatifs sur la mutualité et la contractualisation.

Certes au Sénégal, nous assistons à l'option ascendante: consistant à laisser les associations et les groupes communautaires de base le soin de s'organiser, ensuite le cadre réglementaire s'adapte.

IV.2.3.2 Questionnaire d'enquête destinée aux PV VIH,

L'enquête porte sur 80 PV VIH répartis comme suit : 46 à Mbour, 14 à Popenguine, 11 à Thiadiaye et 9 à Joal.

Ce questionnaire cherche à déterminer les prestations à couvrir en priorité, les potentialités économiques sociales et gestionnaires des membres, la période de collecte des cotisations, leur disposition à payer, leur perception aux structures sanitaires et à la mutuelle puis les contraintes à son développement.

A la suite des enquêtes sur l'échantillon, des entretiens individuels ont été aussi menés avec les 4 dirigeants d'association.

Un focus groupe a été réalisé avec quelques membres de l'association de Mbour pour compléter les données et les informer d'avantages sur la mutuelle de santé.

IV.2.3.3 Questionnaire destiné au personnel de santé ou responsables des formations sanitaires.

Concernant cet outil de collecte, nous ciblions le personnel médical (ex : Médecins chefs de Districts) ou Médecin et/ou Assistant social responsable de la prise en charge médicale des PV VIH dans les 4 districts du département.

Il nous permet de collecter les informations relatives au contexte sanitaire, les coûts moyens des prestations et la volonté de coopération entre les prestataires de soins et la future mutuelle.

Avant l'administration des questionnaires, un **pré-test** est fait permettant de préciser et d'introduire d'autres besoins des PV VIH comme le « transport » et le lait artificiel pour l'allaitement des enfants de mères séropositives

IV.2.3.4 Visite d'observation d'une mutuelle.

La visite de terrain auprès de la mutuelle de santé « OYOFAL PAJ » de Kaolack qui est en partenariat avec l'association « bokk lepp » en vue d'appréhender leur organisation et leur fonctionnement.

IV.2.4 Analyse et traitement des informations :

La saisie, le traitement, l'analyse et l'interprétation des données sont fait à l'aide de logiciels SPSS, Excel et une partie avec Epi info version 3.5.1.

V. CARACTERISTIQUES GENERALES DES ENQUETES.

Les PV VIH de la zone de Mbour sont répartis sur 4 Associations sous la supervision respective des 4 districts sanitaires du Département : Mbour, Joal, Thiadiaye et Popenguine.

L'enquête a révélé entre autre une répartition des PV VIH selon le genre, l'Etat matrimonial, le niveau d'éducation la profession et la religion.

V.1 Répartition des enquêtés par association

Comme prévu dans la méthodologie, le tableau suivant indique le pourcentage des interrogés selon leur appartenance associative.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés par association

VILLE	Frequency	Percent	Cum Percent	95% Conf Limits		
Joal	9	11,3%	11,3%			
Mbour	46	57,5%	68,8%	Joal	5,3%	20,3%
Popenguine	14	17,5%	86,3%	Mbour	45,9%	68,5%
Thiadiaye	11	13,8%	100,0%	Popenguine	9,9%	27,6%
Total	80	100,0%	100,0%	Thiadiaye	7,1%	23,3%

Il ressort du tableau que plus de 50% de l'échantillon est de l'association de Mbour ; ceci est dû simplement qu'elle est la plus ancienne et par conséquent dispose plus de membres que les autres. Celle de Joal est la moins populaire représente 11,3% de la population d'étude.

V.2 Répartition par Sexe des PV VIH

Le tableau suivant indique la répartition par sexe des personnes vivant avec le VIH dans notre zone d'étude.

Tableau 2 : Répartition par sexe de la population d'étude

SEXE	Fréquence	Pourcentage
Masculin	24	30,0
Féminin	56	70,0
Total	80	100,0

La population des PV VIH est à dominance féminine (56%), cela s'explique par la féminisation de la pandémie.

V.3 Situation matrimoniale et statut dans le ménage des PVVIH

Tableau 3 Répartition de la population selon la situation matrimoniale et le statut dans le ménage

Situation matrimonial		Statut dans le ménage		Total
		Chef de ménage	Membre du ménage	
Marié	Effectif	29	18	47
	% dans Situation matrimonial	61,7%	38,3%	100,0%
	% dans Statut dans le ménage	55,8%	64,3%	58,8%
Célibataire	Effectif	2	5	7
	% dans Situation matrimonial	28,6%	71,4%	100,0%
	% dans Statut dans le ménage	3,8%	17,9%	8,8%
Divorcé	Effectif	9	4	13
	% dans Situation matrimonial	69,2%	30,8%	100,0%
	% dans Statut dans le ménage	17,3%	14,3%	16,3%
Veuve	Effectif	12	1	13
	% dans Situation matrimonial	92,3%	7,7%	100,0%
	% dans Statut dans le ménage	23,1%	3,6%	16,3%
Total	Effectif	52	28	80
	% dans Situation matrimonial	65,0%	35,0%	100,0%
	% dans Statut dans le ménage	100,0%	100,0%	100,0%

Il est montré par le tableau que 65% de la population est chef de ménage et 35% membre du ménage.

De même, on dénombre 58,8% de mariés, 16,3% de divorcés, 16,3% de veuves et 8,8% de célibataires

Parmi les 58,8% de mariés, on y trouve 61,7% des chefs de ménage contre 38,3% membre du ménage. Dans les 16,3% de divorcés, on note 69,2% chefs de ménage contre 30,8% membre du ménage. De même pour les 16,3% de veuves il y a 92,3% chefs de ménage contre 7,7% membres du ménage. Contrairement au 8,8% célibataires où on dénombre 28,6% chefs de ménage contre 71,4% membre de ménage.

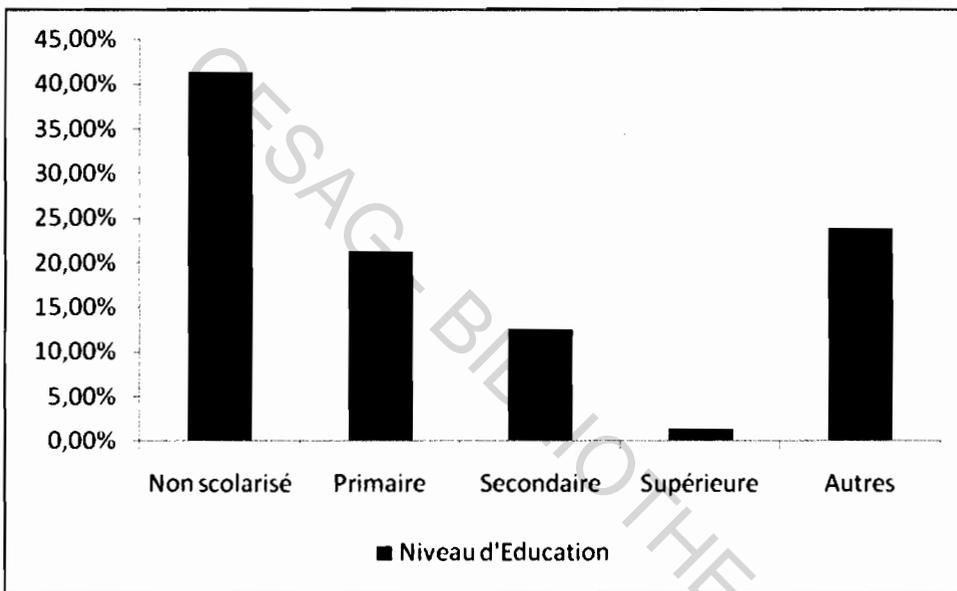
Il s'avère que les chefs de ménage sont plus représentés chez les veuves, les divorcés et les mariés.

Alors que tout chef de ménage a en charge des dépenses de subsistance (alimentation, logement, habillement,...). Ce qui peut entraver le versement régulier d'une cotisation pour ces trois (3) situations matrimoniales.

V.4 Niveau d'Education

Ce caractère est intéressant dans la mesure où elle permet d'apprécier aussi la capacité de gestion des futurs responsables de la mutuelle.

Figure 1 : Répartition des PV VIH selon leur niveau d'Education



L'étude révèle que 41,3% n'ont pas été à l'école et 23,8% ont fait d'autres études en particulier l'école arabe ou étude coranique.

Cependant 35,1% ont été à l'école française dont 21,3% au primaire 12,5% au secondaire et 1,3% au supérieur.

Ce qui en somme fait un pourcentage d'instruction ou d'alphabétisation de 58,9% qui est profitable à la gestion de la mutuelle.

V.5 Profession

La profession est une dimension capitale pour la mutuelle car détermine non seulement la capacité contributive des personnes mais aussi la périodicité de leur revenu.

Tableau 4 : Répartition de la population selon leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Pêcheur	3	3,8	3,8
Agriculteur	8	10,0	13,8
Guide touristique	1	1,3	15,0
Commerçant	24	30,0	45,0
Autres	44	55,0	100,0
Total	80	100,0	

Une forte proportion de la population des personnes vivants s'active dans le commerce (30%), ceci est peut être lié au AGR dont certains ont bénéficié.

Cette occupation professionnelle prédispose à des revenus journaliers ou hebdomadaires. Ce qui peut favoriser la régularité dans les cotisations comme le cas des tontines.

Mais plus de la moitié de la population font autre chose dont une partie important de ménagères qui en grande partie ne disposent pas de revenus.

V.6 Taille des ménages

Tableau 5 : Nombre de personnes qui composent le ménage

Composition ménage	Fréquence	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
1	1	1,3	1,3
3	2	2,6	3,9
4	8	10,4	14,3
5	10	13,0	27,3
6	7	9,1	36,4
7	11	14,3	50,6
8	6	7,8	58,4
9	5	6,5	64,9
10 et plus	27	35,1	100,0
Total	77	100,0	
Manquantes	3		
Total	80	100,0	
Minimum		1	
Maximum		11	
Moyen		7,43	

Ce tableau nous donne l'idée du nombre potentiel des futurs bénéficiaires de la mutuelle de santé, ce qui est une variable importante pour une mutuelle.

Dans notre échantillon, chaque ménage a en moyenne 7 personnes. La taille moyenne du ménage permet aussi d'évaluer le nombre moyen des personnes qui sont à la charge des actifs du ménage. Plus cet indicateur est élevé, plus les dépenses du ménage sont élevées, ce qui peut être défavorable à la mutuelle du point de vue cotisation.

Mais, l'effet du grand nombre peut être profitable pour une mutuelle naissante par le fait d'adhésion de tous les membres d'un groupe donné (famille), la sélection adverse peut être évitée. (confère la partie : « Définition des concepts »)

V.7 Religion

Cette donnée socioculturelle est importante du fait que certaines religions suggèrent à leur disciples la solidarité et l'entre aide mutuelle.

Tableau 6 : Répartition de la population d'étude en fonction de la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Musulman	70	87,5
Chrétien	10	12,5
Total	80	100,0

Il ressort que toute la population appartient aux religions dites révélées : l'Islam et le Christianisme. Ils recommandent à tous leurs disciples l'union, le partage des biens et risques, la solidarité et l'entre aide qui demeurent des principes fondamentaux de la mutuelle. La religion est donc favorable à la mutuelle du point de vue de la perception et de l'adhésion.

Après avoir passé en revue les caractéristiques générales des personnes enquêtées, certaines comme le niveau d'éducation, la profession et la religion nous semble favorables à la mutuelle tandis que la situation matrimoniale par rapport au statut du ménage et la taille moyenne des familles demeurent défavorable à la mise en place de la mutuelle. Qu'en est-il alors pour le contexte social, sanitaire, institutionnel, économique ?

VI. FAISABILITE SOCIALE, INSTITUTIONNELLE ET ECONOMIQUE DE LA MUTUELLE.

L'analyse des conditions et facteurs de faisabilité de le cadre social, institutionnel, économique des PV VIH et en particulier l'offre de soins de la localité fait l'objet de ce chapitre.

VI.1 Faisabilité Sociale et Institutionnelle de la mutuelle.

Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation «pour les autres», ceux qui tombent malades.

La compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance sont facilitées lorsqu'il existe dans la population des traditions d'entraide. Ces liens d'entraide peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un village ou d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

Dans cette présente étude, nous supposons l'adhésion des PV VIH à des groupements ou association comme indicateur d'entre aide.

VI.1.1 La dynamique organisationnelle et associative :

La population des PV VIH du département se regroupe essentiellement autour de 4 associations dénommées «Takku léggel Santé» de Mbour, « Mango » de Thiadiaye, « Thiappo Ligguey » de Popenguine et «And Léggey Santé» de Joal et ayant comme objectif principal renforcer l'unité des PV VIH pour faciliter l'accès aux soins et lutter contre la stigmatisation. Cet objectif recoupe parfaitement celui fixé par la mutualisation des risques maladies.

Chacune de ces organisations comprend un nombre important de membres, dispose d'un système de cotisation périodique et gère une caisse commune. Cet esprit de solidarité est non seulement fondamental à la PEC des personnes infectées mais aussi à la mutuelle de santé.

Selon le BIT/STEP dans son guide d'introduction, la solidarité est l'une des cinq conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé et de son fonctionnement ultérieur.

Parallèlement à ces associations, les personnes vivant avec le vih sont dans d'autres structures ou organisations auxquelles une cotisation périodique et une adhésion sont en vigueur. Parmi ces organisations nous notons : les GFP, les Tontine et les Dahiras

Tableau 7 : Participation des PV VIH à des mouvements de masse

Associations ou Groupements	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé décroissant
Associations PV VIH	63	78,8	100,0
Ass PVVIH+Dahira	3	3,8	21,4
Ass PVVIH+GPF	5	6,3	17,6
Ass PVVIH+Tontine	7	8,8	11,3
Ass PVVIH+Autres	2	2,5	2,5
Total	80	100,0	

L'adhésion aux différentes associations de personnes vivant est de 100% chez les interrogés. A cela s'ajoute leur participation à d'autres mouvements de masse à 21,4% en particuliers les Dahiras, les GPF et les tontines. Mais une partie importante de la population 78,8 % ne s'active qu'au sein de leur propre association.

VI.1.2 Compétence en gestion

Suite à un entretien avec la Présidente de « Takku Léggey Santé » : les PV VIH n'ont pas un niveau d'étude élevé mais ont des prédispositions à la gestion communautaire.

Le bureau qui abrite le siège des associations se trouve à Mbour dans les locaux d'Enda santé. L'association de Mbour est créée le 08 Octobre 2003 avec 12 personnes au début, suivies des autres. Leurs principales activités sont : repas communautaire, groupe de parole, convergence. ...

La Présidente de Mbour atteste qu'elle est commerçante et ayant participé à plusieurs ateliers de formation en gestion communautaire.

Sa trésorière commerçante dispose d'un niveau d'éducation acceptable à la gestion.

En plus le Secrétaire Général et le Chargé de suivi-évaluation sont formés en informatique (Excel, Word)

Par ailleurs, l'association de Mbour bénéficie d'une expérience de gestion de 2 ans selon toujours la présidente ; ce qui pourrait être profitable à la future mutuelle de santé.

Ses organes dirigeants sont : un comité directeur, le bureau renouvelable tous les 2 ans, un comité d'Encadreur composé de médecin, d'assistant social et d'agent de développement et une commission d'organisation.

Elles sont toutes dotées de textes réglementaires comme les statuts, le règlement intérieur et un récépissé.

Il ressort aussi de l'étude que toutes les 4 associations ont un bureau bien structuré : Président, Trésorier, Secrétaire et un chargé de suivi-évaluation, plus 2 commissaires aux comptes.

Tout cela montre donc une certaine expérience de l'organisation communautaire des membres.

VI.1.3 Appui extérieur

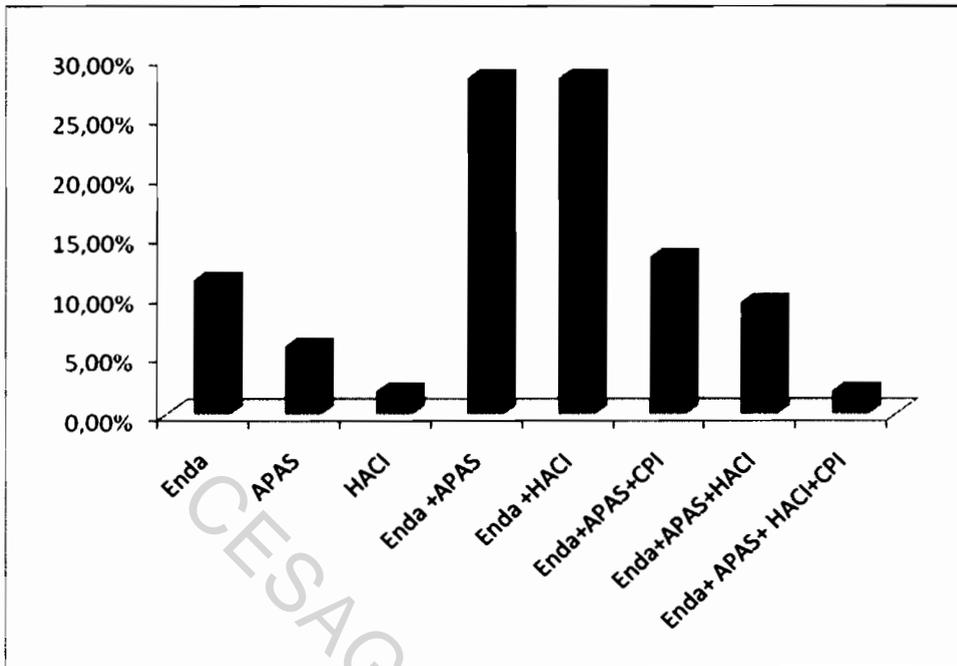
Autres que les cotisations, les associations disposent d'appuis provenant des ONG tels qu'ENDA, HACI, COUNTER PART, APAPAS, etc....

L'appui des partenaires est structuré comme suit :

ONG	Appui
ENDA	Appui à la prise en charge AGR, transport, analyse bilan, achat médicaments, Formation
HACI	Appui nutritionnel, prévention positif, appui scolaire (bourse), appui médical, formation, distribution de kits alimentaire.
Counter part	Distribution kits alimentaire (lentille, huile, farine de blé enrichi en vit A) Formation en micro jardinage,
APAPAS	Groupe de parole, Repas communautaire, visite à domicile et intra hospitalier, Emission radio pour le droit des PV VIH et lutte contre la stigmatisation, fourniture de bureau, salaire gardien et secrétaire administratif.
District sanitaire	PEC Médical, Consulting,
Sapco Sénégalais	Formation en Plaidoyer ;

Sur 71,3% des interrogés, les 4 associations reçoivent des appuis extérieurs des différents bailleurs. Le diagramme ci-dessous nous indique la connaissance des partenaires par la population d'étude.

Figure 2 : Les différents partenaires des associations



Partenaires des Associations

Le diagramme indique une contribution des bailleurs tels que Enda, ACI, APAS et CPI, à l'endroit des associations des personnes vivant avec le VIH.

Il y ressort que la combinaison de bailleurs plus connus par la population cible donne Enda+APAS et Enda+ACI à 28,3% chacune.

Et individuellement les bailleurs sont connus par les associations dans l'ordre suivant Enda avec 11,3%, APAS avec 5,3% et ACI avec 1,9% des enquêtés ayant répondu à cette question.

Cette présence de partenaires dans la PEC des PvVIH vivants peut constituer un atout à la future mutuelle.

VI.1.4 Accord avec les structures sanitaires.

La mise en place d'une mutuelle ne peut se faire que dans un environnement où les structures sanitaires de la place sont en parfaite adéquation avec les initiatives des populations dans la prise en charge financière de leurs problèmes de santé.

L'enquête auprès des prestataires de soins nous montre que seule une formation sanitaire a l'expérience à la contractualisation des mutuelles de santé. Il s'agit du CDS de Mbour qui a déjà signé une convention avec la mutuelle des volontaires de l'éducation. Malgré cette situation, tous les prestataires des 4 districts interrogés sont prêts à contractualiser avec n'importe quelle mutuelle de santé à fortiori celle destinée aux PV VIH.

S'agissant du mode de paiement des factures, les $\frac{3}{4}$ des enquêtés souhaiteraient un remboursement mensuel des frais médicaux engagés. Tandis que l'autre quart dit n'ayant pas les prérogatives de répondre à cette question.

L'autre constat que nous avons fait est que seul un prestataire a proposé une réduction de la facture à un taux moyen de 10%. Le reste s'est abstenu de répondre.

Une telle situation montre l'inexpérience dans le partenariat avec les mutuelles et non un manque de confiance de la part des prestataires vis-à-vis des associations.

Mais quelle serait aussi la perception de la mutuelle par ces dernières ?

VI.1.5 Perception des futurs mutualistes au système :

La perception des sujets sur la mutualité des soins passe par leur connaissance et leur appréciation au projet.

VI.1.5.1 Connaissance de la mutualité:

Selon les données de notre enquête, une proportion de 53,8% de l'échantillon affirme qu'ils ont déjà entendu parler alors que le reste n'a jamais entendu parler de mutuelle.

Parmi ceux qui sont au courant de l'existence d'une mutuelle 41,5% pense qu'elle sert à aider à prendre en charge des dépenses de santé tandis que 2,4% dise qu'elle prévoit la maladie, 31,7% ont affirmé les deux rôles et 24,4% ne sait pas.

VI.1.5.2 Obstacles pouvant faire échouer le projet de création d'une mutuelle.

Un certain nombre de contraintes se posent au projet de création d'une mutuelle de santé. Afin d'éviter qu'ils ne mettent pas en danger la viabilité de celle-ci, notre étude a intégré une question à ce sujet.

Sur les 80 personnes interrogées, 76 ont répondu à cette question dont les réponses sont consignées dans le tableau suivant.

Tableau 8 : Obstacles de la mutuelle selon les enquêtés

Obstacles	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Manqué de cotisation	40	50,0	52,6	52,6
Manque de confiance aux futurs gestionnaires	6	7,5	7,9	60,5
Faute de Gestion	5	6,3	6,6	67,1
Ne sait pas	7	9,2	9,2	76,3
Manque de cotisation + Faute de gestion	13	17,1	17,1	93,4
Autes	5	6,6	6,6	100
Total	76	100,0	100	
Manquantes	4			
Total	80			

Les résultats trouvés dans ce tableau nous permettent d'affirmer que l'obstacle majeur à ce projet de mutuelle est le manque de cotisation des membres estimé à 52,6% de la population suivi d'un manque de confiance aux futurs gestionnaires avec 7,9% des enquêtés puis d'une faute de gestion qui représente 6,6% des répondants.

A cela s'ajoute 17,1% ayant répondu à un manque de cotisation plus une faute de gestion. Il est à noter aussi 6,6% ne connaît aucun obstacle parmi les répondants à cette question.

VI.1.5.3 Intension d'adhérer à la mutuelle

La nécessité d'organiser la solidarité au sein de la communauté des PVVIH pour faciliter l'accès aux soins de santé est approuvé à 100% chez les personnes enquêtées.

De même il y ressort que 95% pense que la création d'une mutuelle à leur sein d'eux est une bonne chose et 5% déclare que cela importe peu.

Malgré que cela importe peu à 5% des sujets, toute la population d'étude souhaiterait adhérer à la mutuelle. L'étude montre donc une bonne perception de la mutuelle par une nécessité approuvée et un souhait d'adhésion à 100%.

Ainsi le contexte social et institutionnel marqué par une forte dynamique organisationnelle, l'expérience dans la gestion communautaire, l'appui des partenaires, l'encadrement et la prise en charge des districts puis la bonne perception du projet par les futurs mutualistes rend faisable la mutuelle.

VI.2 Faisabilité Economique

Cette partie de l'étude de faisabilité a pour but de faire sortir le potentiel économique des populations, leur capacité contributive au financement des soins et leurs différentes intensions de cotisation.

VI.2.1 Potentiel économique :

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

Dans notre population d'étude 65% (52) a un revenu contre 35% (28) qui n'en dispose pas.

Parmi ceux qui en possèdent, l'annexe 1 nous donne les résultats.

L'examen de ce tableau indique que sur les 52 personnes disposant de revenus : **59,6% obtienne moins de 5000 FCA** ; 9,6% dispose entre 5000 et 25000F ; 1,9% entre 25000 et 45000 FCA ; 13,59% entre 45000 et 65000F ; 1,9% entre 65000 et 85000F ; 3,8% entre 85000 et 105000 et enfin 9,6% ont plus de 105 000F.

Il apparait aussi que la **périodicité journalière des revenus est citée par 61,5%** des enquêtés suivi de celle mensuel à 19,2% puis celle hebdomadaire et annuelle à 9,6% chacune.

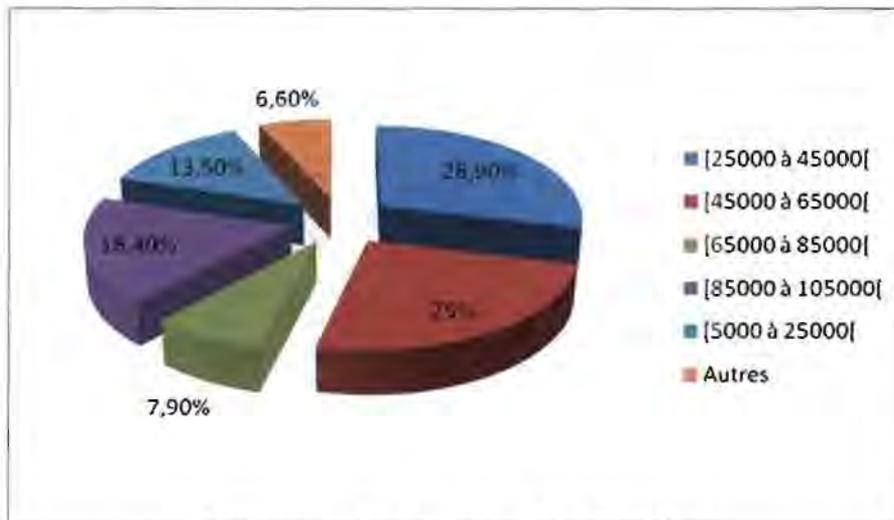
Par ailleurs, ce même tableau montre que parmi ceux qui ont un revenu moins de 5000F, 93,5% le gagne quotidiennement. Et puis parmi ceux qui gagnent entre 45000 et 65000F, 87,5% l'obtient mensuellement.

Donc, nous tirons que le montant de revenu dominant est moins de 5000 FCA (59,6%) et la périodicité fréquente est celle journalière (61,5%) ce qui est liée aux professions aléatoires comme le commerce (30%).

Le tableau en annexe 2 nous donne un revenu global mensuel moyen de 1 412 500 FCFA, ce qui correspond à 27 163 F par individu.

Parallèlement au revenu, la consommation globale mensuelle moyenne est appréciée à travers le diagramme suivant.

Figure 3 : Consommation mensuelle totale des enquêtés



Consommation mensuelle des enquêtés

Il apparait que plus de 50% des enquêtés consomme par mois entre 25000F et 65000F ; 18,4% entre 85000 et 105000F ; 13,2% entre 5000 et 25000F ; 7,9% entre 65000 et 85000F et enfin d'autres consomment mensuellement moins de 5000F soit plus de 105000F.

La consommation globale mensuelle moyenne des ménages est estimée à 4 247 500 FCFA correspondant à 55 888F par individu ayant répondu à cette question avec 94,7% dont leur consommation mensuelle inférieure à 100 000F. (Voir tableau annexe 3)

Ainsi le paiement régulier d'une cotisation paraît très difficile dans ce contexte où les PVVIH ont une consommation moyenne de 55 888 F par individu dépassant largement le revenu moyen par individu estimé à 27 163 F.

Ce constat n'est pas surprenant. L'expérience a toujours montré que les personnes enquêtées sous-estiment souvent leur revenu par principe de confidentialité. Les données sur la consommation sont plus proches de la réalité. Ceci s'explique par son écart type plus faible que celui de la variable revenu (voir tableaux annexe 2 et 3).

En outre la consommation n'est pas corrélée au revenu des personnes par la simple raison que le R-deux est faible (0,04), n'est pas proche de 1 et que le $F_{\text{observé}} < F_{\text{calculé}}$ d'où le revenu n'influe pas la consommation (annexe 4 : test de corrélation)

Néanmoins, même si les revenus monétaires des familles sont faibles et ne leur permettent pas toujours, individuellement, de faire face aux dépenses de santé, la mise en commun des cotisations permet, collectivement, de mieux faire face aux dépenses des personnes ayant besoin de se faire soigner. C'est ce que l'on appelle la mutualisation des risques ou le partage des risques entre malades et bien-portants.

VI.2.2 Contribution au financement des soins

Elle est estimée par les dépenses mensuelles de santé à travers le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Dépenses mensuelles de Santé des enquêtés

		Montant dépense de santé			
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	[moins de 5000 [	22	27,5	41,5	41,5
	[5000 à 25000[	25	31,3	47,2	88,7
	[25000 à 45000[	3	3,8	5,7	94,3
	[45000 à 65000[	1	1,3	1,9	96,2
	[65000 à 85000[	1	1,3	1,9	98,1
	[105000 et + {	1	1,3	1,9	100,0
	Total		53	66,3	100,0
Manquante	Système manquant	27	33,8		
Total		80	100,0		

Sur les 53 personnes ayant répondu à cette question ; 41,5% des individus dépense en santé moins de 5000F ; 5,7% engloutit 25000 à 45000F pour les frais sanitaires et au delà de 45000F les dépenses de santé représentent de manière constante 1,9% des interrogés. Seulement il faut noter que 47,2% des répondants ont dépensé entre 5000 et 25000F. Ces dépenses de santé concernent à la fois PEC médicale et la maternité.

Il ressort aussi du tableau en annexe 5 que la dépense de santé globale mensuelle s'élève à 665 000FCFA, ce qui correspond à 12 788F par individu.

Les dépenses de santé dont il s'agit ici sont non seulement les actes médicaux mais aussi les dépenses connexes (exple : transport). Ces actes médicaux concernent aussi bien les infections opportunistes et toutes autres pathologies (exple paludisme) de la personnes concernés ou d'une autres sous sa responsabilité.

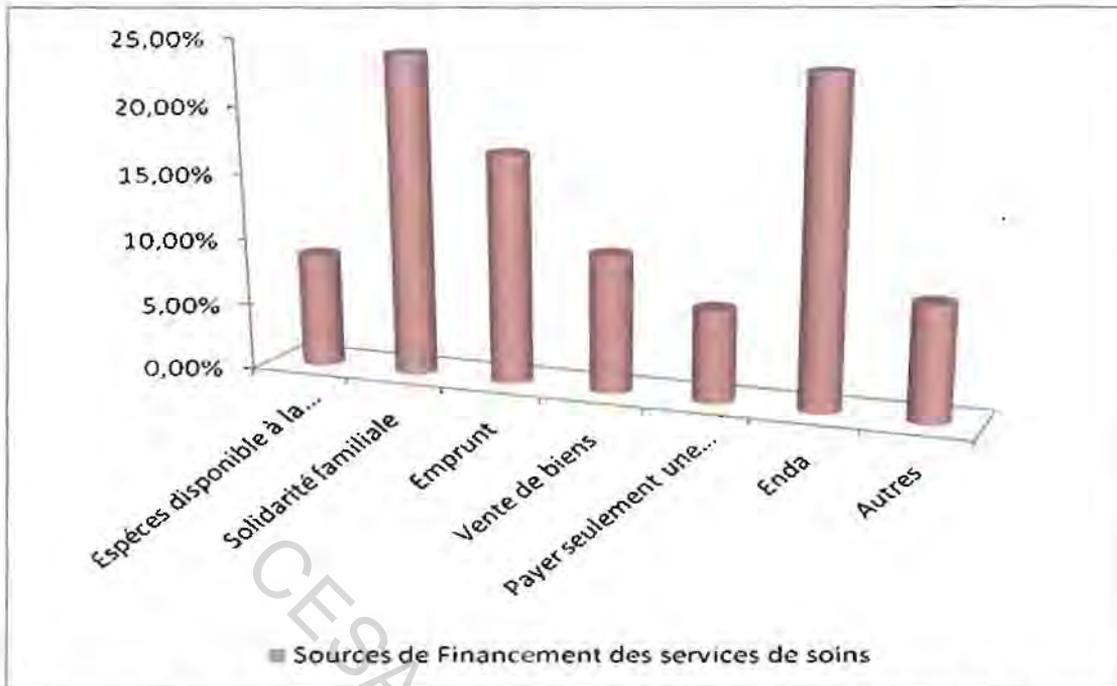
En conséquence, la population d'étude consacre en moyenne 47% de leur revenu aux dépenses de santé. De même que 23% de la consommation totale représente les dépenses de santé.

Ainsi, il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité.

Mais vu le paquet de soins liés à la PEC médicale des PV VIH, la mutuelle se proposerait de pas inclure les soins liés à la maternité (suivi grossesse, accouchement,...)

Il est clair que la capacité contributive des futurs adhérents dépend de leurs revenus mais elle est aussi appréciée par les sources de financements de santé de cette population.

Figure 4 : Sources de financement des soins des enquêtés



Les différentes sources de financement des soins des enquêtés sont dans le diagramme ci-dessus. Les résultats montrent que les principales sources pour financer les soins sont la solidarité familiale et Enda qui sont chacun à 24% des interrogés. Les autres sources comme ; emprunt auprès d'un ami ou voisins (17%), l'auto financement (16% (9+7) et la vente de biens (10%) ne sont pas considérés comme sources potentielles pour payer les coûts de soins.

VI.2.3 Disposition à payer

Le versement d'une cotisation est d'autant plus facile à accepter lorsqu'une dynamique de développement socio-économique est engagée. Ceci explique l'intérêt de poursuivre les AGR.

La nécessité de poursuivre cette dynamique économique se justifie encore à travers leur taux de remboursement élevé des AGR (60% à terme) par rapport aux autres bénéficiaires⁵

Cette activité semble augmenter la capacité d'épargne des personnes vivant avec le VIH, 22,4% épargne de l'argent. Mais, malgré ces efforts, l'épargne ne leur permet pas de satisfaire les besoins en santé selon 57,9% des répondants.

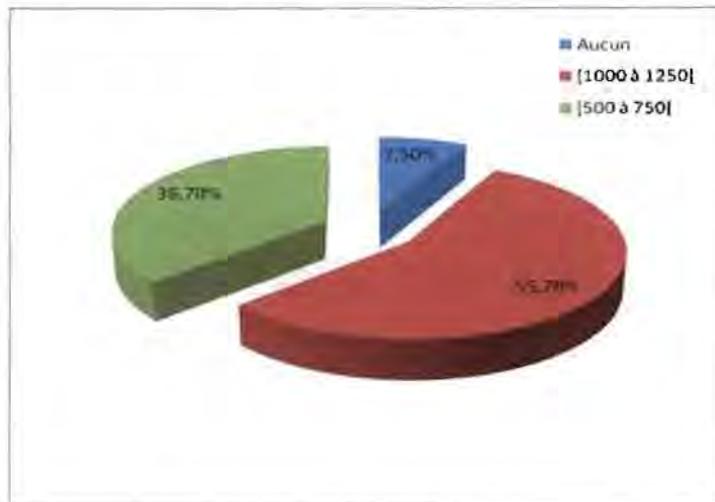
Il est donc nécessaire d'apprécier leur disposition à payer.

VI.2.3.1 Montant souhaité pour l'adhésion ou achat de la carte mutuelle:

Le Graphique 5 nous indique la fréquence du montant souhaité pour l'achat de la carte mutuelle.

⁵ 2009, « Evaluation AGR », Sanou NDOYE

Figure 5 : Fréquence du montant d'adhésion souhaité



Montant d'adhésion souhaité

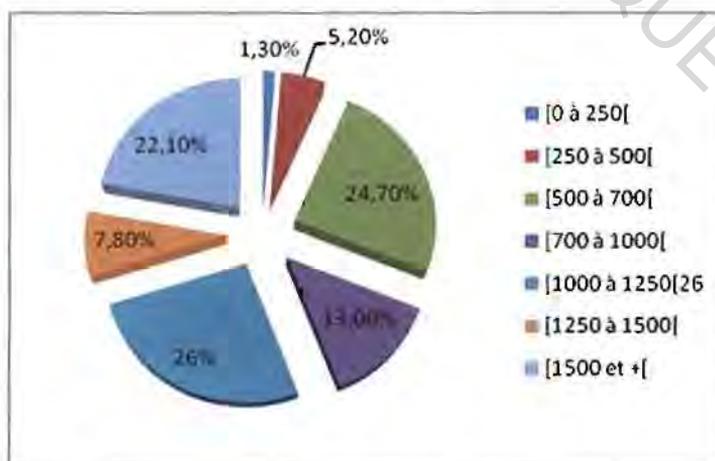
A la lecture du graphique, nous remarquons que 55,7% souhaite payer la carte de membre de la mutuelle pour un montant compris entre 1000 et 1250F suivi de 36,7% prêt à adhérer moyennant une somme comprise entre 500 et 750F.

L'exploitation du diagramme donne un montant moyen d'adhésion proposé à 960,44 F qui peut être arrondi à 1000FCFA.

VI.2.3.2 Montant de la cotisation proposé

Le Graphique 6 nous renseigne sur la fréquence des montants de la cotisation proposés par les enquêtés.

Figure 6 : Fréquence du montant de la cotisation proposé



Nous remarquons que 26% des enquêtés aimeraient que le montant de la cotisation soit compris entre 1000 et 1250F ; 24,7% préféreraient une cotisation entre 500 et 750F ; 22,1% cotiseraient plus du double de la dernière et bien d'autres propositions.

Il faut retenir que ces montants proposés concernent la cotisation familiale c'est-à-dire des adhérents et des personnes à charge par ces derniers.

Nous déduisons alors du diagramme une cotisation moyenne familiale de 1047 F pouvant être ramené à 1050FCFA.

VI.2.3.3 Nombre de personnes à charge par les futurs mutualistes

Il est montré par le tableau ci-dessous que le nombre moyen de personnes à charge est de 2 individus alors que la composition moyenne des familles des enquêtés est de 7 personnes⁶. Cela s'explique d'une part par une situation matrimoniale marquée par 32,6% de veuves et de divorcés qui vivent chez leur famille d'origine et d'autre part les obstacles financiers qui les poussent à limiter le nombre de personnes à charge.

Tableau 10 : Nombre de personnes à charge

Nombre de personnes à charge	Frequency	Percent	Cum Percent
0	15	18,8%	18,8%
1	14	17,5%	36,3%
2	19	23,8%	60,0%
3	19	23,8%	83,8%
4	4	5,0%	88,8%
5	6	7,5%	96,3%
6	3	3,8%	100,0%
Total	80	100,0%	100,0%

	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
	80	173,0000	2,1625	2,6441	1,6261	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode	
0,0000	1,0000	2,0000	3,0000	6,0000	2,0000	

⁶ Voir tableau 5, chapitre IV

VI.2.3.4 Modalité de paiement des cotisations

Tableau 11 : Fréquence des modalités de paiement proposées

Modalité de paiement des cotisations préféré ?	Frequency	Percent	Cum Percent	
Mensuel	67	93,1%	93,1%	
Bimestriel	2	2,8%	95,8%	
Semestriel	1	1,4%	97,2%	
Annuel	2	2,8%	100%	
Total	72	100,0%	100,0%	

Le tableau montre que 93,1% de la population d'étude souhaite payer leurs cotisations mensuellement. Ceux qui adhèrent pour une cotisation bimestrielle représentent 2,8% des enquêtés, il en est même pour les individus qui optent au versement annuel.

D'autres qui souhaitent une périodicité semestrielle c'est-à-dire deux fois par an sont à 1,4% des réponses.

La prise en compte de la disposition à payer dans le choix des niveaux et de la périodicité des cotisations conditionne le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations

A la lumière de l'analyse précédente, le potentiel économique est très faible mais marqué par des AGR remboursés à 60% à terme avec 22,4% d'épargnants.

La capacité contributive caractérisée par une forte solidarité familiale et la disposition à payer fortement affirmée; sont autant de facteurs de succès d'un projet de micro assurance santé.

VII. FAISABILITE SANITAIRE DE LA MUTUELLE.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'existence d'une offre de santé de qualité est l'une des conditions préalables à toute initiative de mise en place d'une mutuelle de santé. Il faut au préalable voir les besoins prioritaires face aux risques maladie par une analyse des types de soins à difficultés financières et le profil épidémiologique des PV VIH.

VII.1 Besoins prioritaires face aux risques maladie.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé n'a d'intérêt que si le risque financier lié à la maladie est non seulement réel, mais aussi ressenti par la population comme important voire prioritaire.

Il semblerait non ressenti vu l'action de l'Etat par les ARV et d'Enda à travers les subventions. Mais la réalité en est autre

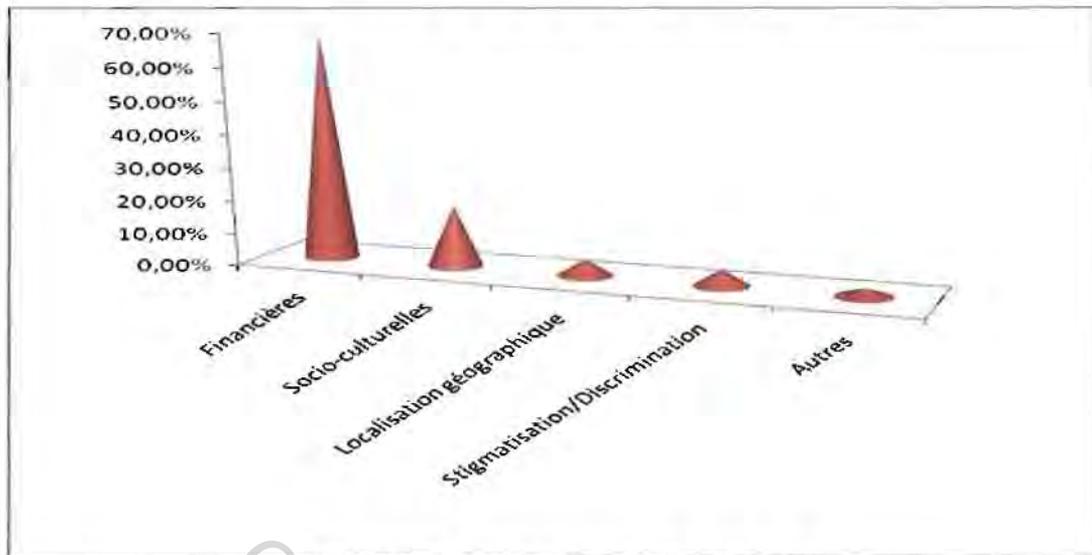
VII.1.1 Prestations à payer avec difficultés.

Dans le « Guide d'introduction à la mutuelle de santé » la difficulté de financement des soins de santé est le premier élément justifiant la création d'une mutuelle de santé. Il s'y ajoute cette affirmation « *Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire que celle-ci réponde à un besoin réel mais que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou, pour le moins, comme important* »

A la question demandant les barrières à l'accès aux soins de santé (en ordre de priorité), nos interrogés se sont prononcés là-dessus. Les résultats sont alors enregistrés sur le graphique 7 ci dessous.

Selon le graphique les obstacles à l'accès aux soins de santé se présentent par ordre de priorité suivant ; les difficultés financières occupent la première place avec 69% des interrogés. En deuxième position viennent les obstacles socioculturels estimés à 19% des enquêtés. Ensuite se positionnent ceux liés à la localisation géographique et à la stigmatisation/discrimination qui représentent chacun d'eux 5% des enquêtés et bien d'autres obstacles estimé à 2,5% % des interrogés.

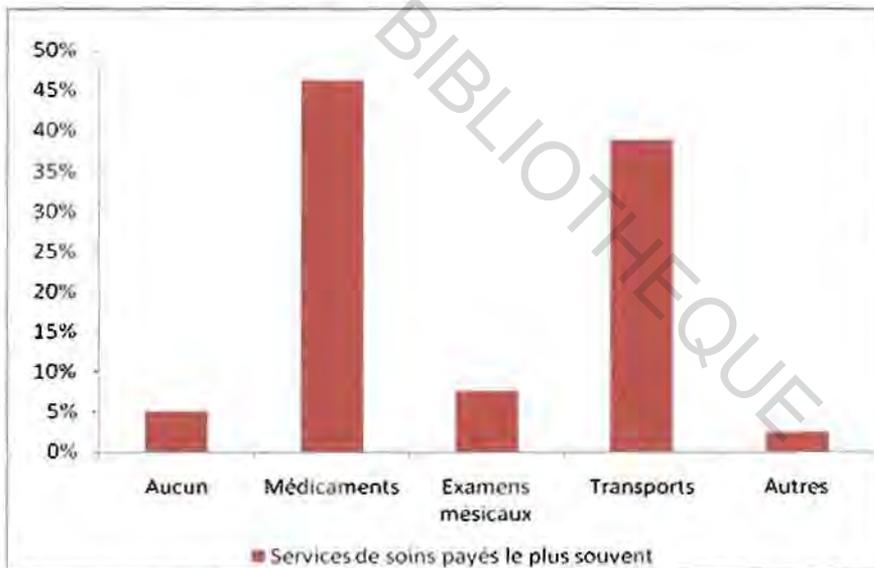
Figure 7: Barrières à l'accès aux soins de santé par ordre de priorité



Barrières à l'accès aux soins de santé

Toujours selon l'enquête, les services de soins qui causent des difficultés à payer sont consignés dans le graphique suivant.

Figure 8 : Services de soins à payer par les enquêtés



Le graphique 8 nous trace bel et bien la réalité. Comme partout au Sénégal, la prise en charge médicale des PV VIH est quasi gratuite. Ce qui fait que les prestations comme consultation et hospitalisation n'apparaissent pas dans le graphique car elles ne sont pas payées par le patient.

Nous tenons à préciser que la consultation, l'hospitalisation sont gratuites comme les médicaments ARV car elles sont à la charge des districts.

Grâce aux données du graphique, il nous est permis alors de dire que 46% de la population d'étude paye les médicaments, 39% paye le transport. Il s'agit ici des médicaments liés aux IO.

Après les médicaments et le transport, viennent les examens médicaux avec 8% et d'autres services qui représentent 2%. Je signale qu'il s'agit principalement du lait artificiel pédiatrique. Et enfin une faible partie 5% déclare ne rien payer.

Concernant le lait artificiel, certes le pourcentage est faible car la plupart de femmes enquêtées n'ont plus une maternité active soit elles sont veuves ou divorcées. Mais son achat est problématique pour certaines en procréation active.

Ceci se démontre par le fait que les formations sanitaires sont souvent en rupture d'approvisionnement avec 100% des prestataires interrogés. Il est également déclaré par tous les prestataires de services interrogés que les personnes séropositives ont souvent du mal à payer les services non gratuits. Et que ces services comme l'achat des réactifs pour analyse bilan et l'approvisionnement en lait artificiel ont plus de problèmes de recouvrement ou de financement.

Dans un contexte de gratuité des soins, le besoin d'assurance maladie est sans doute plus faible que dans un contexte de soins payants. Mais d'autres dépenses liées à la santé, comme les frais de transport pour accéder aux formations sanitaires, l'achat de médicaments, l'approvisionnement en lait pédiatrique peuvent être problématiques pour la population.

La prise d'initiative pour faciliter le paiement des services non gratuits à l'endroit des PV VIH n'est que la recherche de partenaires dans tous les $\frac{3}{4}$ des districts.

Nous précisons que ces prestations décrites ci-dessus ne sont pas toutes des soins médicaux mais aussi des services de santé comme transport et lait artificiel.

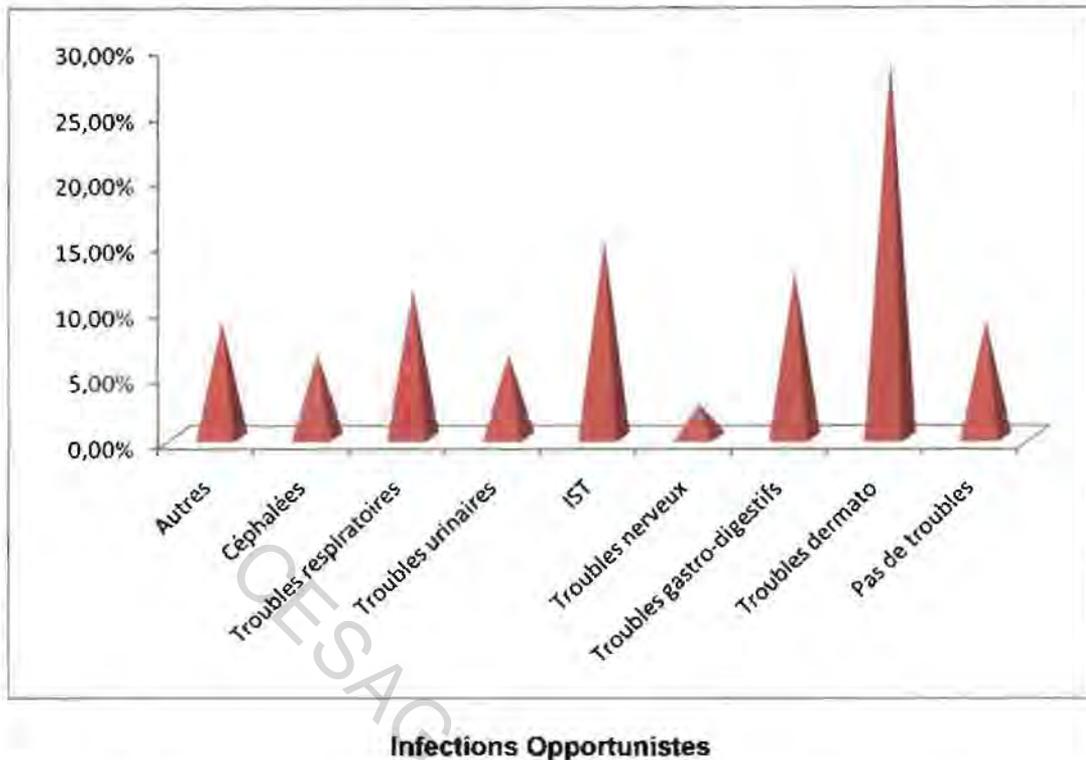
VII.1.2 Profil épidémiologique de la population d'étude

La situation épidémiologique des PV VIH de Mbour, est, à l'image de celle des autres localités du pays mais à quelques variantes près du fait d'un boom économique et démographique marqué par un manque crucial d'information sur les IST/VIH.

La principale infection opportuniste qui sévit est la dermatose selon 100% des prestataires interrogés. Elle est suivie des troubles comme la tuberculose, les IST, la grippe et d'autres infections. Mais la tuberculose est intégralement pris en charge par le PNT, ce qui fait les médicaments qui posent problèmes à payer correspond aux autres infections comme dermatose, IST, troubles respiratoires et autres troubles.

Les mêmes résultats sont pratiquement retrouvés chez les PV VIH enquêtés comme illustre le graphique 9.

Figure 9 : Répartition (en %) des infections opportunistes les plus ressenties chez les enquêtés



Il est encore démontré que les troubles dermatologiques occupent la première place des IO suivi des IST, des troubles gastro-digestifs et des troubles respiratoires.

VII.2 Analyse de l'offre de soins

La mise en place d'un tel système n'est envisageable que s'il existe une gamme de services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population et si celle-ci souhaite effectivement utiliser ces services.

Le choix des prestataires de soins s'effectue sur des critères de **proximité**, de **qualité** car ayant le même caractère public.

VII.2.1 Les critères de proximité

Toutes les structures de soin choisies sont, dans la mesure du possible, implantées à proximité de la population cible. Mais certaines personnes enquêtées déclarent payer cher le transport qui parfois n'est pas remboursé par Enda.

Dans toutes les 4 zones de l'étude, sont implantés des prestataires de soins du niveau périphérique de la pyramide sanitaire. Ainsi le système envisage de prendre en charge des services de santé primaire. Cependant d'autres services de spécialités peuvent être envisagés en conventionnant avec d'autres prestataires d'échelon intermédiaire ou central comme l'hôpital Régional de Thiès et la CTA de Dakar.

VII.2.2 Les critères de qualité.

La qualité des formations sanitaires candidates sont comparées sur la base des critères suivants: la **qualité objective** des formations sanitaires, la **qualité perçue** des formations sanitaires et la **fréquentation**.

VII.2.2.1 Qualité objective des formations sanitaires

Les indicateurs de comparaison retenus sont : la composition du personnel, la capacité d'accueil, la gestion des médicaments, la confidentialité des dossiers médicaux et les modes de facturation.

L'utilisation d'un tableau d'indicateurs comparatifs des différents prestataires «candidats» permet de faciliter le processus de choix.

Tableau 12 : Qualité Objective des Districts sanitaires

Indicateurs	Composantes		Districts sanitaire			
	Personnel	Sexe	Mbour	Thiadiaye	Popenguine	Joal
Composition du personnel	Médecin	Hommes	04	01	03	04
		Femmes	04	01	-	02
		Total	08	02	03	06
	Assistant Social	Hommes	-	01	-	01
		Femmes	02	-	02	-
		Total	02	01	02	01
	Paramédicaux	Hommes	26	4	04	12
		Femmes	30	12	17	29
		Total	56	16	21	41
	TOTAL GENERAL			66	19	26	48
Capacité d'accueil	Pharmacie		01	01	01	02
	Laboratoire		01	01	01	01
	Chambre d'hospitalisation		09	06	03	13
	Lits		31	14	23	36
Gestion des médicaments	Lieu de stockage		Pharmacie/Assistant social	Pharmacie	Bureau médecin	Bureau médecin
	Rupture des médicaments		Oui	Non	Oui	Oui
Confidentialité des dossiers médicaux	% d'enquêtés étant seuls avec le prestataire une fois reçu		70%	45,5%	72,7%	100%
	% d'individu stigmatisé par un prestataire		0	0	0	0
Mode de facturation			Par acte médical	Par acte médical	Par acte médical	Par acte médical

Le tableau de comparaison reflète le niveau des structures de soins dans la pyramide sanitaire. Etant tous des hôpitaux de Districts, celui de Mbour a plus de personnel surtout en paramédicaux suivi de Joal puis de Popengine.

Concernant la capacité d'accueil, le district de Joal est mieux loti, suivi de Mbour.

Pour la gestion des médicaments, rappelons ici qu'il s'agit principalement des ARV, seul à Joal et à Popenguine qu'ils sont gardés au bureau du médecin et pour les autres soient à la pharmacie, soit au bureau de l'assistant social. Mais quel qu'il en soit, la dispensation de ces médicaments peut faire objet de stigmatisation. D'où une prudence à la gestion et la dispensation. Mais seul Thiadiaye déclare une absence de rupture de ces médicaments. S'agissant de la confidentialité des dossiers, le pourcentage d'individu étant seuls avec les prestataires une fois reçu représente l'indicateur de comparaison du fait que toutes les personnes interrogées ne sont jamais victime d'une stigmatisation des prestataires.

En effet, le District de Joal présente une meilleure confidentialité des dossiers médicaux, suivi de Popenguine et Thiadiaye.

Entre autre indicateurs de comparaison, nous notons :

- l'expérience et la disponibilité des responsables sanitaires à la contractualisation avec une mutuelle de santé : à part le district de Mbour aucune des formations sanitaires n'a une expérience à la mutualité.
- la réduction des tarifs auxquels le district peut consentir : seuls les interrogés de Thiadiaye et de Popenguine ont proposé des pourcentages de réduction, les autres déclarent que cela n'est pas de leur domaine de compétence.
- les propositions d'amélioration des protocoles thérapeutiques : seul le prestataire enquêté de Thiadiaye déclare la ratification des effets positifs et négatifs de ces protocoles

Enfin, ces districts constituent les seuls formations sanitaires de prise en charge du VIH dans cette localité très peuplée et à forte prévalence.

Au vu de cette analyse de la qualité objective, Mbour a une composition du personnel plus importante, mais Joal a la meilleure capacité d'accueil, la meilleure gestion de médicament par son lieu de stockage et une meilleure confidentialité des dossiers médicaux.

Par contre Thiadiaye avec une bonne gestion des médicaments par manque de rupture, propose des réductions des tarifs et amélioration des protocoles thérapeutiques.

VI.2.2.2 Qualité perçue des formations sanitaires

Elle permet de déceler la satisfaction des PV VIH bénéficiaires des services autrement dit la réactivité des formations sanitaires. Il ne s'agit pas d'une étude de monitoring mais plutôt la réactivité des structures sanitaires à la prise en charge.

A part les quatre districts sanitaires du département de Mbour, l'enquête a révélé d'autres lieux sanitaires où sont traités certains enquêtés. Comme nous montre le tableau en annexe 6, où 5% de la population d'étude sont traités ailleurs. Il s'agit bien de l'hôpital Régional de Thiès et de la CTA de Dakar. Retenez que ces 5% (4) personnes sont de l'association de Mbour.

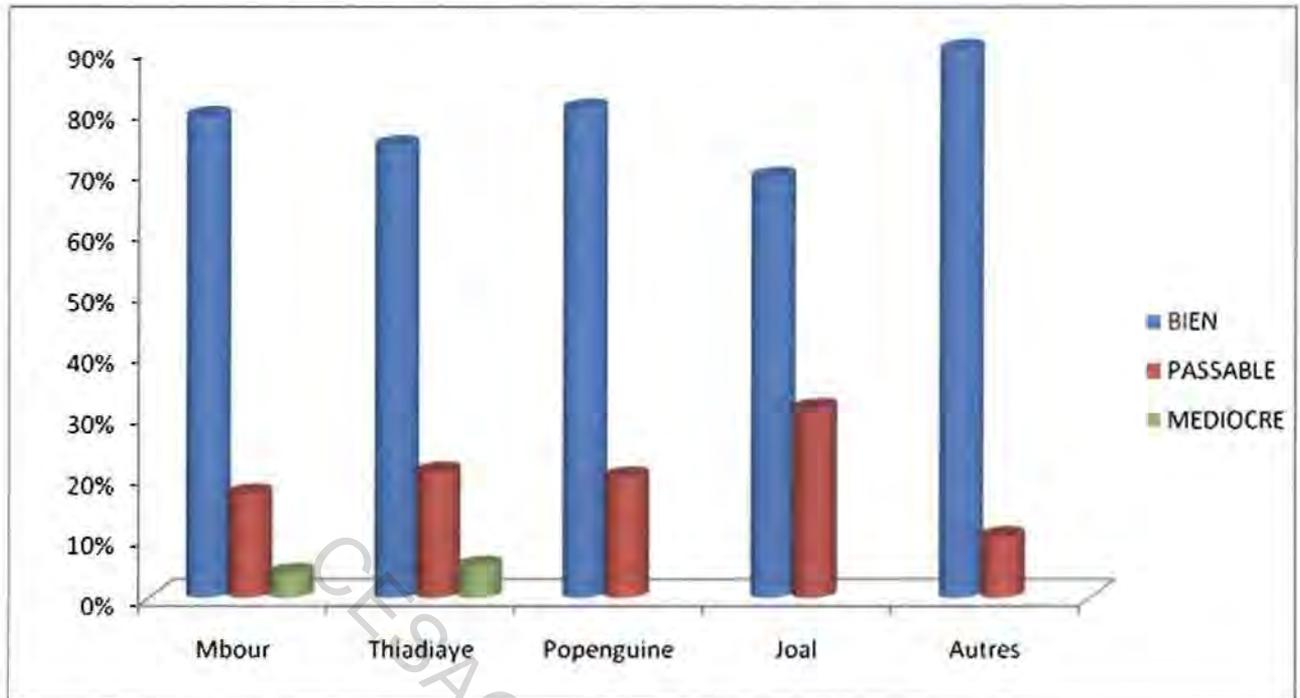
Les indicateurs de qualité perçue des différents prestataires de soins peuvent être présentés dans un tableau synthétique, ce qui permet de faciliter la comparaison entre prestataires. Les prestataires de meilleure qualité perçue sont ceux qui recueillent la meilleure appréciation aux indicateurs de qualité. Il faudra tenir compte dans le choix des prestataires de la qualité perçue qui aura un rôle important sur l'attractivité du système auprès des bénéficiaires.

Ces indicateurs de qualité perçue retenus sont entre autres : l'accueil, la compétence du médecin traitant, l'attention accordée aux patients, la disponibilité, l'équipement, la propreté et les médicaments.

Le croisement des données des indicateurs aux formations sanitaires fréquentées nous conduit aux résultats consignés dans l'annexe 7.

Ces résultats sont aussi résumés dans le tableau (en annexe 8) qui nous donne ainsi le graphique suivant :

Figure 10 : Fréquence de la qualité perçue des Structures sanitaires



Qualité perçue des formations sanitaires

La lecture du graphique nous révèle que toutes les formations sanitaires ont une bonne qualité perçue par des patients séropositifs mais avec quelques différences.

Les autres structures dont il s'agit ici sont l'HRT et la CTA qui sont bien appréciés avec 90% des enquêtés concernés. Mais, ils ne sont pas à comparer avec les districts de la zone d'étude car ils n'ayant pas le même niveau de la pyramide sanitaire.

Ainsi selon la qualité perçue des Districts ; Popenguine prend la première place suivi de Joal, puis Mbour et Thiadiaye.

VII.2.2.3 La fréquentation des PVVIH aux formations sanitaires:

Les taux de fréquentation peuvent servir de critères de choix des formations sanitaires partenaires. Plus ces taux sont élevés plus on peut penser que les services de santé sont accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers. Le système de micro-assurance santé pourra conclure des accords en priorité avec les formations sanitaires ayant les taux de fréquentation les plus élevés.

Les taux de fréquentation se calculent sur la base des nouveaux cas, c'est-à-dire chaque nouvel épisode d'infections ou troubles qui est vu pour la première fois par le centre de santé au sein de la population d'étude.

$$\text{Taux de fréquentation} = 100 * \text{Nombre de nouveaux cas d'infection ou troubles} / \text{Population}$$

Comme nous n'avons pas cette donnée estimons le taux de fréquentation comme la fréquence d'utilisation de la structure par la population d'étude.

La fréquence d'utilisation est le nombre d'utilisations de la structure dans l'année divisé par la population de référence.

La combinaison des données sur le nombre de fois tombé malade et la formation sanitaire fréquentée, nous conduit aux tableaux 13 et 14 ci dessous.

Tableau 13 : Nombre de recours de soins des PVVIH par formation sanitaire.

Tableau croisé Nombre de recours à la structures * Nombre de personnes

Effectif		Formation sanitaire fréquentée					Total
		Mbour	Thiadiaye	Popenguine	Joal	Autres	
Nombre de recours à la structure	0	9	5	2	2	1	19
	1	15	2	4	3		24
	2	6	1	2		2	11
	3	3	2	4	1	1	11
	4	3			1		4
	5	3			1		4
	8	1					1
	10	2	1	2	1		6
Total		42	11	1	9	4	80

Tableau 14 : Fréquence d'utilisation des formations sanitaires

Nbre de recours	Mbour		Thiadiaye		Popenguine		Joal		Autres	
	Nbre de personne	Nbre de recours								
0	9	0	5	0	2	0	2	0	1	0
1	15	15	2	2	4	4	3	3	-	-
2	6	12	1	2	2	4	-	-	2	4
3	3	9	2	6	4	12	-	3	1	3
4	3	12	-	-	-	-	1	4	-	-
5	3	15	-	-	-	-	1	-	-	-
8	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	2	20	1	10	2	20	1	10	-	-
Total	42	92	11	20	14	40	9	20	4	7
Taux de fréquent	219%		181%		285%		222%		Inconnu	

Selon le tableau toutes les structures ont un taux de fréquentation par les PVVIH moyen. Au cours de l'année les formations sanitaires sont fréquentées par les PVVIH en moyenne entre 2 et 3 fois.

Ces fréquences variant entre 2 et 3 pourraient s'expliquer par les rendez vous CD4 ou ARV.

Cela laisse supposer que les PVVIH sont grande majorité entre le stade 1 et 2 selon la classification de l'OMS sur l'évolution de la maladie; si toutes choses étant égale par ailleurs.

Pour les autres formations sanitaires (HRT et CTA) nous n'avons pas de données sur la population PV VIH couverte. Seulement nous notons que 4 individus de l'échantillon les fréquentent.

Au terme de cet analyse nous déduisons que les types de prestations à difficultés financières de la population sont les médicaments, le « transport », les examens labo et dans une certaine mesure l'imagerie médicale (la radio des poumons) et le lait artificiel.

Il s'agit bien des médicaments liés aux IO particulièrement les troubles dermatologiques, les IST, les troubles respiratoires et les troubles gastro-digestifs.

Les différentes structures de PEC médicale ont pratiquement toutes une bonne qualité objective, et sont bien perçues par la population d'étude avec des taux de fréquentation élevés. Mais une petite différence est notée surtout à la qualité perçue et à la fréquentation.

Ainsi le système de micro-assurance santé pourra conclure des accords avec tous les districts de la localité.

VIII. FAISABILITE TECHNIQUE ET FINANCIERE DE LA MUTUELLE

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge, du calcul des cotisations, et des modalités et mécanismes de remboursement correspondant sont liés au mode de paiement effectué par les prestataires. Tous les prestataires interrogés appliquent le paiement à l'acte médical. Il est alors impératif de calculer les cotisations par acte.

VIII.1 Les Services de soins à couvrir :

Ils représentent d'une part les services répondant aux besoins sanitaires ressentis des personnes et d'autre part les services qui posent le plus de problèmes de recouvrement et/ou de financement aux prestataires.

Les informations obtenues sur le graphique 8 ont montré des difficultés financières rencontrées lors de l'utilisation des services comme médicaments, transport, examens médicaux et lait artificiel.

L'identification des besoins ressentis et exprimés par la population passe aussi par les taux d'exclusion total et partiel des services. Plus ces taux sont élevés, plus exprimé et prioritaire est le service.

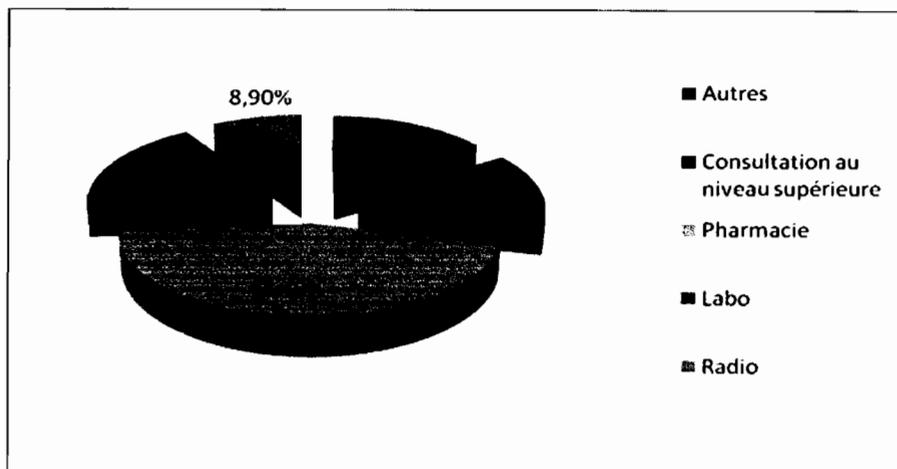
VIII.1.1 Taux d'exclusion total :

Le taux d'exclusion total permet d'identifier les services posant réellement des problèmes d'accessibilité financière; ces services pourront être proposés en priorité lors du choix des services à couvrir par le système.

Sur les 80 interrogés ; 45 individus ont une fois au cours de l'année renoncé à un service par manque d'argent (tableau en annexe 9)

Ces services dont il s'agit figurent dans le graphique ci-dessous.

Figure 11: Taux d'exclusion total des services



Services de soins renoncés

Nous constatons à travers la figure que le taux d'exclusion au médicament est de 44,4%, suivi de celui du labo (17,8%) et autres services (15,6%).

Pour ce dernier, il s'agit en gros de l'achat du lait artificiel destiné au bébé.

Le taux d'exclusion au service labo est principalement lié au transport pour certains examens ou analyses bilan qui parfois manquent dans les structures d'accueil.

Ensuite viennent l'exclusion au service comme la consultation au niveau supérieur avec 13,3%; également dû au transport. Et l'exclusion à l'examen radio représente 8,9% des enquêtés.

VIII.1.2 Taux d'exclusion partiel aux médicaments :

Le taux d'exclusion partiel permet de mettre en évidence un manque de suivi ou d'observance des protocoles thérapeutiques pour des raisons financières : le patient n'achète pas tous les médicaments dont il a besoin ou il n'effectue pas les visites de contrôle.

Les réponses à la question suivante « La dernière fois qu'un médecin vous a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance ; si non pourquoi ? » montre 68,3% (51) de réponses négatives.

Le pourcentage de « non » c'est-à-dire n'ayant pas acheté l'ordonnance ou seulement une partie par manque d'argent représente le taux d'exclusion partiel (pharmacie) qui est égal à 79,2%.

Ainsi le médicament ou la pharmacie est un service de santé ressenti et fortement exprimé par la population.

VIII.1.3 Services de soins souhaités par les futurs membres:

A la question demandant les prestations que les membres souhaiteraient une couverture, nos interrogés se sont prononcés là-dessus. Retenez qu'elle a été posée pour voir quelles sont les services les plus prioritaires aux futurs adhérents de la mutuelle afin de proposer des prestations les plus rationnelles pour la viabilité du système.

L'examen des résultats à cette question nous montre que la majorité veut que la future mutuelle couvre toutes les prestations ce qui est pratiquement impossible et irrationnel au vu du montant moyen de cotisation familiale proposé dans les parties antérieures et à la gratuité des services comme consultation et hospitalisation.

Ce choix représente 36,3% des réponses. Il est suivi des combinaisons de prestations suivantes : médicaments, examens et transport avec 13,8% des réponses; médicaments et transport puis examens et transport occupent chacun 11,3%.

Après cela arrive la combinaison médicament, hospitalisation, examen, transport avec une fréquence de 8,8% ; suivi de celle-ci médicament, hospitalisation et transport avec 7,5%. Enfin d'autres combinaisons avec 11,4% dont 6,3% correspond au choix médicament, transport, lait artificiel.

Tableau 15 : Prestataires à couvrir souhaités

		Prestations à couvrir souhaité			
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout	29	36,3	36,3	36,3
	Médicamen+hosp+examen+transport	7	8,8	8,8	45,0
	Médicamen+examen	1	1,3	1,3	46,3
	Médicamen+transport	9	11,3	11,3	57,5
	Examen+transport	9	11,3	11,3	68,8
	Médicament+hosp+transport	6	7,5	7,5	76,3
	médicament+lait pédiatrique	3	3,8	3,8	80,0
	Médicament+examen+transport	11	13,8	13,8	93,8
	Médicamen+transport+lait pédiatrique	5	6,3	6,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

L'analyse des différentes propositions nous montre en premier lieu, que les frais des ordonnances (médicaments) soient pris en charge par la mutuelle. Rappelons que ce dernier dispose des taux d'exclusion total et partiel les plus élevés.

Après les médicaments, le choix est porté sur le transport surtout pour faire des analyse CD4 et transaminase qui parfois ne sont pas disponible dans la structure la plus proche. Puis viennent les examens ou bilans médicaux qui à part CD4 sont à la charge du patient surtout la créatinémie, et la NFS (Numération Formulaire Sanguine). La couverture de l'hospitalisation est souhaitée par certains enquêtés au vu des différentes combinaisons. Mais elle intervient que lorsque la maladie a atteint un stade plus avancé et donc nécessite des soins plus intenses et plus chers.

Enfin la prise en charge du lait artificiel est fortement souhaitée, seulement les individus en situation de besoins ne sont pas nombreux.

A la lumière des analyses précédentes, nous proposons pour notre mutuelle naissante, la prise en charge des services tels que :

- *les médicaments prescrits au niveau des districts,*
- *le transport pour analyse bilan CD4/transaminase,... et consultation au niveau supérieure (HRT ou CTA)*
- *les examens médicaux non gratuits :*
 - *Créatinémie,*
 - *NFS (Numération Formulaire Sanguine),*
 - *Azotémie,*
 - *Transaminase,*
 - *Crachat BARRE et radio des poumons,*
- *l'achat du lait artificiel limité selon les besoins nutritionnels de l'enfant*
- *et dans une moindre mesure l'hospitalisation des bénéficiaires au centre de santé.*

La mutuelle pourra ensuite, avec l'expérience qu'elle aura acquise, étendre sa couverture aux autres prestations.

VIII.2 Modalité de recouvrement des cotisations et de prise en charge.

Selon les données de la disposition à payer, la majorité des interrogés a souhaité une périodicité mensuelle des cotisations. Donc les cotisations seront collectées toutes les fin du mois par les responsables de la mutuelle.

Concernant le recouvrement de la prise en charge, il apparait que les structures sanitaires ont toutes souhaités un remboursement mensuel des frais médicaux.

VIII.2.1 Le Tiers payant

L'assuré ne paie rien ou paie seulement un co-paiement. Le prestataire se fait régulièrement rembourser par le système de micro-assurance santé sur la base d'une facture (récapitulative)

Dans le paquet de soins à couvrir ci-dessus, seul le transport n'est pas approprié à ce mécanisme car il n'est pas géré par les prestataires. Pour le reste des services, ce mécanisme est bien adapté car il facilite l'accès financier aux soins mais peut entraîner le risque moral.

VIII.2.2 Le paiement direct ou tiers garant.

L'assuré paie ses frais de santé, envoie sa facture au système de micro-assurance santé et se fait ensuite rembourser.

Cette démarche n'est pas pertinente pour des services urgents car l'accessibilité financière peut se poser. Mais elle peut limiter le risque moral. Ce mécanisme est valable à toutes prestations du paquet de soins.

Ainsi, nous proposons le tiers payant avec ticket modérateur ou franchise monétaire pour chaque utilisation en ce qui concerne toutes les autres prestations sauf le transport où le tiers garant est obligatoire.

Ce mécanisme de tiers payant correspond aussi au remboursement mensuel des frais médicaux désiré par les tous les prestataires.

VIII.3 Niveau de prise en charge :

Vu le risque financier lié au paquet de soins défini et la faible capacité contributive des personnes vivant avec le VIH, alors la mutuelle se proposerait des niveaux de prise en charge élevé variant entre 50% à 100%. A chaque niveau correspond alors une cotisation.

VIII.4 Calcul des cotisations correspondantes.

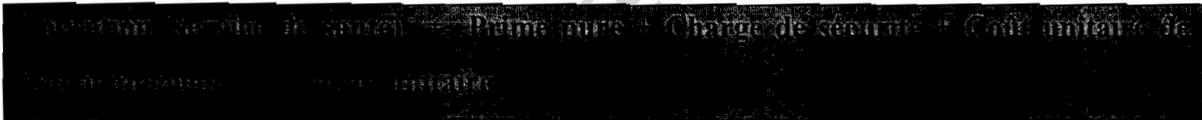
La cotisation aussi appelée Prime est une somme d'argent qui est périodiquement versée par le membre à sa mutuelle de santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en faire bénéficier les ayant droit.

La prime constitue la principale ressource financière de la mutuelle. Elle doit lui permettre de:

- financer la prise en charge des services couverts par le système;
- financer les coûts de fonctionnement du système;
- réaliser des excédents afin de constituer des réserves financières et assurer la pérennité du système.

Pour calculer la cotisation individuelle totale, c'est-à-dire celle correspondant à un individu, on doit d'abord calculer la cotisation individuelle correspondant à chaque service couvert. Ensuite on additionne les cotisations par service et on obtient la cotisation totale d'un individu.

La cotisation individuelle correspondant à un service de santé est obtenue suivant la formule ci-dessous.



VIII.4.1 Calcul de la Prime Pure

La prime pure correspond au coût moyen de la prise en charge pour chaque service couvert. Autrement dit c'est la dépense moyenne à prendre en charge par personne couverte.

Elle est déterminée se fait soit à partir des dépenses de santé de la population cible, soit des coûts de fonctionnement des formations sanitaires, ou des données de gestion d'un système de micro assurance santé existant. Mais ici, seules les données des dépenses de santé par acte médical de la population d'étude sont disponibles.

Ainsi elle est obtenue par la formule suivante :



VIII.4.1.1 Coût unitaire moyen :

Le coût unitaire moyen de la prise en charge du service de santé est le montant pris en charge en moyenne pour ce service.

Dans le cas où la garantie prend en charge l'intégralité des dépenses engagées, le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal au coût unitaire moyen du service de santé pour les patients avant la mise en place du système de micro-assurance santé c'est-à-dire au tarif pratiqué en moyenne par les prestataires de soins pour ce service.

Dans le cas où la garantie ne prend en charge qu'un pourcentage des dépenses engagées (ticket modérateur), le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal à ce pourcentage multiplié par le tarif moyen observé avant la mise en place du système de micro-assurance.

VIII.4.1.2 Fréquence d'utilisation du service :

Elle est le nombre d'utilisations du service de santé dans l'année parmi les personnes couvertes et la population totale couverte par le système. La fréquence d'utilisation est alors obtenue de la sorte

Avec le tableau en annexe 10, nous obtenons la fréquence d'utilisation des services.

Ainsi le montant des cotisations dépend du coût unitaire moyen qui à son tour varie en fonction des différents scénarii proposés.

VIII.5 Propositions des différents scénarii

Le choix du couple prestations/cotisations ou de la formule de couverture la plus appropriée repose sur l'élaboration de plusieurs scénarii.

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

Scénario 1 : Niveau de prise en charge à 100% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle (FCFA)
Médicaments	6000	72%	4344	5647,2
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	7500	19,40%	1455	1891,5
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	3000	5,20%	156	202,8
Imagerie	5000	2,20%	110	143
Lait pédiatrique	2000	19,50%	390	507
Hospitalisation	3000	7%	201	261,3
Cotisation totale annuelle individuelle				8652,8
Cotisation totale mensuelle individuelle				721,066667
Cotisation familiale⁷ mensuelle				2163,2

Ce scénario prend en charge tout le paquet de soins ressentis et exprimé par la population.

L'avantage d'un tel scénario est que, une fois acquitté de sa cotisation, le bénéficiaire n'aura plus rien à payer pour toutes prestations couvertes. Cela rendrait la mutuelle très attrayante!

Mais le montant de la cotisation mensuelle familiale exigé (2 163F) fait le double de celui proposé par les futures mutualistes qui est égal à 1050F.

Cela pourrait limiter l'adhésion à une petite portion de la population et même engendrer des difficultés de recouvrement des cotisations.

L'adoption de ce scénario nécessite **une subvention de la future mutuelle au moins à hauteur de 1113 F par adhérent et par mois.**

⁷ Le nombre total de bénéficiaire par famille = 3

Scénario 2 : Niveau de prise en charge à 90% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	5400	72%	3909,6	5082,48
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	6750	19,40%	1309,5	1702,35
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	2700	5,20%	140,4	182,52
Imagerie	4500	2,20%	99	128,7
Lait pédiatrique	1800	19,50%	351	456,3
Hospitalisation	2700	7%	180,9	235,17
<i>Cotisation totale annuelle individuelle</i>				7787,52
<i>Cotisation totale mensuelle individuelle</i>				648,96
<i>Cotisation familiale mensuelle</i>				1946,88

Ce cas de figure avec un ticket modérateur de 10% sur le tarif de la prestation donne toujours un montant de la cotisation supérieure à la capacité de contribution des adhérents. Il est donc applicable qu'avec **une subvention mensuelle de 896 F par adhérent.**

Scénario 3 : Niveau de prise en charge à 80% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	4800	72%	3475,2	4517,76
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	6000	19,40%	1164	1513,2
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	2400	5,20%	124,8	162,24
Imagerie	4000	2,20%	88	114,4
Lait pédiatrique	1600	19,50%	312	405,6
Hospitalisation	2400	7%	160,8	209,04
<i>Cotisation totale annuelle individuelle</i>				6922,24
<i>Cotisation totale mensuelle individuelle</i>				576,853333
<i>Cotisation familiale mensuelle</i>				1730,56

Cette formule introduisant un copaiement de 20% chez le patient pourrait freiner les surconsommations de soins. Mais le système ne parvient toujours pas à répondre aux capacités financières de la population cible. Et pour la mise en œuvre de ce scénario, la mutuelle aura besoin d'un **appui financier à hauteur de 680F par mois et par adhérent.**

Scénario 4 : Niveau de prise en charge à 70% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	4200	72%	3040,8	3953,04
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	5250	19,40%	1018,5	1324,05
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	2100	5,20%	109,2	141,96
Imagerie	3500	2,20%	77	100,1
Lait pédiatrique	1400	19,50%	273	354,9
Hospitalisation	2100	7%	140,7	182,91
Cotisation totale annuelle individuelle				6056,96
Cotisation totale mensuelle individuelle				504,746667
Cotisation familiale mensuelle				1514,24

Conformément à la disposition à payer des enquêtés, ce scénario n'est pas applicable malgré un ticket modérateur de 30% car le montant de la cotisation mensuelle familiale retrouvée ici (1514F) est supérieure à celui proposé par les futurs adhérent. L'adoption de cette formule de couverture nécessite **un apport extérieur au moins égal à 464F par mutualiste et par mois.**

Scénario 5 : Niveau de prise en charge à 60% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	3600	72%	2606,4	3388,32
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	4500	19,40%	873	1134,9
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	1800	5,20%	93,6	121,68
Imagerie	3000	2,20%	66	85,8
Lait pédiatrique	1200	19,50%	234	304,2
Hospitalisation	1800	7%	120,6	156,78
Cotisation totale annuelle individuelle				5191,68
Cotisation totale mensuelle individuelle				432,64
Cotisation familiale mensuelle				1297,92

Cette formule de couverture qui intègre tout le paquet de soins prioritaires chez la population d'étude n'est même pas possible qu'avec un copaiement de 40% comme ticket modérateur sur le tarif des prestations. En effet la cotisation qu'elle induit est de 1297F par adhérent et les deux individus à sa charge et par mois. Donc **un appui de 247F par mutualiste par mois permettrait une application du scénario.**

Scénario 6 : Niveau de prise en charge à 50% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	3000	72%	2172	2823,6
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	3750	19,40%	727,5	945,75
Transport consultation au niveau sup ou analyse bilan entre district	1500	5,20%	78	101,4
Imagerie	2500	2,20%	55	71,5
Lait pédiatrique	1000	19,50%	195	253,5
Hospitalisation	1500	7%	100,5	130,65
Cotisation totale annuelle individuelle				4326,4
Cotisation totale mensuelle individuelle				360,53333
Cotisation familiale mensuelle				1081,6

Ce montant se rapproche plus de celui souhaité par les futurs adhérents (1050F) et en outre la surconsommation de soins ou sur prescription est encore amoindrie et le taux de recouvrement des cotisations se trouvera amélioré.

Mais le fait de sortir encore de l'argent de sa poche la moitié des dépenses engagées, risque de nuire à l'attraction du système.

Cependant, compte tenu des montants de cotisation toujours élevés qui découlent des 5 premiers scénarii et le niveau élevé du ticket modérateur (scénario 6), nous pouvons aussi revoir à la baisse le paquet de soins à couvrir par la mutuelle dans les scénarii 7 et 8.

Il s'agit d'extraire le transport car n'étant pas un service de soins, le lait artificiel car il concerne qu'une petite portion de la population et l'hospitalisation du fait que le tarif est de 3000F quelque soit la durée du séjour (CDS de Mbour).

Scénario 7 : Niveau de prise en charge à 100% des dépenses engagées

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	6000	72%	4344	5647,2
Examen médicaux labo ou bilan pré thérapeutique	7500	19,40%	1455	1891,5
Imagerie	5000	2,20%	110	143
Cotisation totale annuelle individuelle				7681,7
Cotisation totale mensuelle individuelle				640,141667
Cotisation familiale mensuelle				1920,425

Même avec une couverture limitée aux médicaments, aux bilans et à l'imagerie, la cotisation ne répond pas à la capacité financière des enquêtés. L'application du scénario nécessite également un appui financier équivalent à 870F pour chaque adhérent et par mois.

Scénario 8 : Niveau de prise en charge à 100% des dépenses engagées avec franchise monétaire.

Paquet de soins	Coût unitaire moyen	Fréquence d'utilisation du service de santé	Prime Pure	Cotisation annuelle individuelle
Médicaments	3000	72%	2172	2823
Examen médicaux labo ou analyse bilan	5000	19,40%	970	1261
Imagerie	5000	2,20%	110	143
Cotisation totale annuelle individuelle				4227,6
Cotisation totale mensuelle individuelle				352,3
Cotisation familiale mensuelle				1056F

Ce scénario induit une cotisation presque égale à celle souhaitée (1050F) mais présente une franchise monétaire de 3000F sur les médicaments, 5000F sur les analyses labo et 5000F sur l'imagerie.

C'est à dire à chaque utilisation dépassant le montant de la franchise, le système prend en charge le surplus. Si le montant de la dépense n'atteint pas la franchise, l'adhérent paie les dépenses engagées.

Ce type de copaiement ne favorise pas l'accessibilité des soins et les risques de surprescriptions ou autres sont prévisibles pour ces cas de figure.

Tableau 16 : Tableau récapitulatif des scénarii

Scénarii	Niveau de prise en charge	Cotisation annuelle individuelle	Cotisation mensuelle individuelle	Cotisation mensuelle Familiale	Subvention mensuelle familiale	Subvention annuelle par mutualiste
scénario 1	100%	8652,8	721	2163	1113	13 356
scénario 2	90%	7787	648	1946	896	10 752
scénario 3	80%	6922	576	1730	680	8 160
scénario 4	70%	6056	504	1514	464	5 568
scénario 5	60%	5191	432	1297	247	2 964
scénario 6	50%	4326	360	1081	31	372
scénario 7	100%	7681	640	1920	870	10 440
scénario 8	100%	4227	352	1056	6	72

Au vu des différentes stratégies de couverture; la mutuelle est faisable financièrement qu'avec les scénarii 6 et 8 qui exige une cotisation mensuelle par adhérent et personnes à charge proche de celle souhaitée par la population (1050F)

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

IX. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IX.1 CONCLUSION GENERALE

Avec l'intervention de l'Etat par les ARV et les examens CD4, la PEC médicale des PVVIH est quasi gratuite. Mais le traitement des infections opportunistes et autres analyses médicaux nécessitent la contribution financière des patients. Ce qui peut poser problème à l'accès aux soins de qualité.

Ainsi il nous est apparu nécessaire de penser à une forme d'organisation répondant aux soucis de financement de la santé et d'améliorer la qualité des soins.

C'est surtout cette dernière préoccupation qui a retenu l'attention des associations de personnes vivant avec le VIH, sous l'initiative d'ENDA SANTE, pour l'implantation d'une mutuelle de santé au sein de leur communauté.

Pour se faire, notre méthodologie s'est inspirée de celle utilisée par STEP/BIT.

Des enquêtes effectués à trois (3) niveaux : auprès des personnes PVVIH, auprès des prestataires de soins et auprès des responsables d'un système de couverture sanitaire déjà existant.

Ces outils avaient pour objectif non seulement de vérifier les conditions préalables justifiant la pertinence du projet mais aussi de faire ressortir les conditions de faisabilité sociale, économique, institutionnelle et financière du projet de mise en place de la mutuelle de santé.

Le traitement et l'analyse des données recueillies nous ont permis d'établir différentes formules de couverture à travers des scénarii de couples cotisations/prestations.

Ces prestations dont il s'agit correspondent au niveau district pour ce qui concerne la première phase du développement de la mutuelle.

Il ressort de l'étude que la pertinence du projet se justifie par :

- le risque financier lié à la maladie : les dépenses de santé occupent 47% du revenu et 23% de la consommation globale.
- la dynamique économique marquée par des AGR remboursées à 60% à terme chez les membres de l'association de Mbour (Cf. page 33).

Quant à la faisabilité est tout justifiée au vu du contexte démographique, socioculturel, institutionnel, économique et sanitaire, de mettre en place un système d'assurance maladie communautaire au sein des associations de PVVIH du département de Mbour.

- ❖ Au plan institutionnel, la future mutuelle bénéficiera du bon potentiel organisationnel et associatif de la communauté des personnes vivant avec le VIH.

Ces structures non lucratives possèdent une culture de bénévolat au niveau des membres leaders et gestionnaires mais aussi des locaux et du matériel bureau. Ce qui est tout non négligeable pour la mutuelle en termes de coût administratif et fonctionnement.

Toutes les associations sont officiellement reconnues et témoignent d'une tradition de solidarité bien établie par des cotisations périodique instaurées.

A cela s'ajoute l'expérience dans la gestion communautaire et la forte solidarité à laquelle bénéficie des liens sociaux, culturels et religieux.

Ensuite, la volonté manifeste des prestataires de soins de conventionner avec la future mutuelle demeure fondamentale à la mise en place de la mutuelle.

- ❖ L'environnement économique est marqué par des revenus journaliers provenant principalement de l'activité commerciale dans laquelle se sont engagés les membres des associations (30 % de commerçants parmi les enquêtés) ; ce qui peut s'expliquer par les fonds d'AGR dont certains ont bénéficiés.
- ❖ Au niveau de la faisabilité financière, nous notons :

Les prestataires recommandées pour la prise en charge sont : les médicaments, le bilan pré thérapeutique, l'imagerie, le transport pour bilan ou consultation au niveau supérieur, l'hospitalisation et le lait artificiel.

Si la mutuelle offre une protection à 100% de tous ces services prioritaires (scénario 1) alors la cotisation annuelle représentera 15% de la consommation globale annuelle.

Cela nous amène à avancer que la mutuelle a besoin de subvention pour une couverture totale des soins prédéfinis.

Le montant de la cotisation adéquate que nous avons proposé s'élève à 360F par mois par bénéficiaire (1081F par famille). Ce montant est très proche de celui souhaité par les populations (1050F par famille).

Ainsi à défaut d'une subvention, le scénario 6 est celui que nous proposons car permet d'une part de limiter le risque moral par un ticket modérateur de 50% et d'autre part d'obtenir un taux de recouvrement élevé. Mais favorisera-t-il l'accès financier aux services de santé ?

IX.2 RECOMMANDATIONS

Compte tenu des résultats de l'étude et de l'environnement dans lequel va évoluer ce système d'assurance, nous formulons les recommandations suivantes :

IX.2.1 Aux prestataires de soins :

La mutuelle de santé et les prestataires ont le même but : améliorer l'état de santé des populations. Si elle fonctionne normalement, elle contribuera à accroître le taux de recouvrement des coûts de la structure car elle constitue une source de financement pour le système de santé.

Ainsi pour pérenniser et développer la mutuelle, les prestataires devront :

- Prendre des mesures adéquates pour éviter les fraudes et les surconsommations,
- Se limiter à ne prescrire que les médicaments essentiels dans la mesure du possible,
- Sensibiliser les patients cibles pour les inciter à adhérer,
- Accroître la qualité de prise en charge médicale par le respect des algorithmes.
- Tenir compte de la dimension de respect du statut des PVVIH au sein des structures de soins.

IX.2.2 A la mutuelle :

- Veiller à la formation et à la mise à jour régulièrement des responsables de la mutuelle sur les techniques de gestion d'une mutuelle de santé.
- Prendre des mesures pour éviter les fraudes, les surprescriptions et les dépenses inutiles de fonctionnement :
 - Exiger une photo d'identité pour chaque bénéficiaire
 - Exiger la prise d'une fiche de garantie avant de consulter le prestataire
- Maintenir le droit d'adhésion à un niveau au moins égal aux coûts de production des livrets de famille, afin de recueillir un nombre plus importants d'adhérents potentiels,
- Limiter à deux (2) les personnes à charge par adhérents,
- S'approprier de la mutuelle, s'affirmer et s'imposer car elle constitue encore un pas à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- Rechercher de financements complémentaires comme les subventions des cotisations auprès des collectivités locales, des ONG et des projets et programmes d'appui aux PVVIH permettant au système d'améliorer la couverture des plus démunis qui n'ont pas la possibilité de payer le niveau de cotisation exigé

- Observer une période d'attente au moins égale à 3 mois ou disposer un fond de garanti pour la viabilité financière de la mutuelle.
- En ce qui concerne les médicaments il est important de déterminer la liste de ceux qui seront pris en charge par le système en fonction des infections opportunistes les plus fréquentes, ou de limiter la liste des médicaments couverts à celle des médicaments essentiels établie par le Ministère de la santé.
- Prendre en charge que les médicaments faisant l'objet d'une prescription médicale (ordonnance) par des formations sanitaires déterminées

IX.2.3 A ENDA SANTE :

- Initier les responsables à la gestion informatisée de la mutuelle afin de disposer des données pour le suivi évaluation de la mutuelle,
- S'assurer du bon fonctionnement de la mutuelle à travers le suivi et des évaluations périodiques afin d'y apporter des correctifs si nécessaire et stimuler son développement,
- Doter la mutuelle d'une subvention pour appliquer le scénario 1 qui prend en charge à 100% tout le paquet de soins prédéfinis,
- Renouveler les AGR pour contribuer à la pérennité des cotisations à la mutuelle,
- S'orienter vers un autre projet comme la mise en place d'une structure ou pavillon d'offre de soins spécifiques aux personnes vivant,
- Rencontrer les prestataires de soins partenaires pour statuer sur les termes d'une convention

Nous tenons enfin de féliciter et encourager ENDA SANTE qui a initié ce projet d'implantation d'une mutuelle de santé à l'endroit des PVVIH.

Ceci répond bien à la volonté de conférer les populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Par souci d'efficacité, de viabilité et de réduction de coûts, il serait plus intéressant pour ENDA SANTE d'avoir des experts en mutualité et micro finance, internes à l'organisation, pour expérimenter le couplage micro finance/micro assurance santé. Ces derniers auront la charge d'assurer la mise en œuvre, le suivi l'évaluation et le développement de ces mutuelles et la formation continue des gérants des mutuelles dans les méthodes informatiques de gestion.

BIBLIOGRAPHIE :

➤ Ouvrages Généraux :

1. BIT/STEP. Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. 2005.
2. BIT/STEP. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. 2003.
3. Ministère de la santé. Créer une mutuelle de santé, oui mais comment. 2000
4. Ministère de la santé «Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal ». 2004
5. CNLS. « Plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007 – 2011». 2007.
6. Enquête démographique et Sanitaire (EDS) Sénégal 2005

➤ Rapports :

7. Olivier LOUIS dit GUERIN BIT / STEP. La mutualité en Afrique : réalités, tendances et enjeux, Septembre 2009, Yaoundé.
8. PELTIER Nelly, SABI GANI Moïse, LAFIA Adamou et al. « Orientation des mutuelles de santé au Bénin du 12 au 13 DECEMBRE 2002 », Abomey (Bénin)

➤ Mémoire :

9. AKRA Kouassi Augustin « Etude de faisabilité de système de micro-assurance santé : cas de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la communauté rurale de Diakhao ». DSES, CESAG, Avril 2007.
10. NDIKUMANA, Désiré « Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé en sein de l'association « GH » du Burundi. DSES, CESAG, 2005.
11. SEYE, Abdoulaye « Contribution à la faisabilité de la PEC du paquet complémentaire du traitement du VIH par le programme national multisectoriel de lutte contre le Sida3 ». DSES, CESSAG, 2007.

➤ Documents électroniques trouvés sur Internet

12. B.Fonteneau, HIVA, Katholieke Universiteit Leuven, Groupe de travail « vih et économie sociale », « Microassurance et vih/sida au Burkina Faso », « Préoccupations au sein des mutuelles de santé et problématique de prise en charge, juin 2007». <http://www.pplateformecm.org>
13. Dominique Evrard. « Mutuelle de santé en Afrique : mouvement émergent ou phénomène de mode ? » Sénégal 2000. [htt : //www.concertation.org](http://www.concertation.org), consulté le 27 Septembre 2009.

ANNEXE A

Annexe 1 : Répartition entre le revenu des enquêtés et la périodicité du revenu

Tableau croisé Montant Revenu * Périodicité Revenu

			Périodicité Revenu				Total
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuel	Annuel	
Montant Revenu	[moins de 5000]	Effectif	29	2			31
		% dans Montant Revenu	93,5%	6,5%			100,0%
		% dans Périodicité Revenu	90,6%	40,0%			59,6%
	[5000 à 25000[	Effectif	1	3	1		5
		% dans Montant Revenu	20,0%	60,0%	20,0%		100,0%
		% dans Périodicité Revenu	3,1%	60,0%	10,0%		9,6%
	[25000 à 45000[	Effectif	1				1
		% dans Montant Revenu	100,0%				100,0%
		% dans Périodicité Revenu	3,1%				1,9%
	[45000 à 65000[	Effectif	1		6		7
		% dans Montant Revenu	14,3%		85,7%		100,0%
		% dans Périodicité Revenu	3,1%		60,0%		13,5%
	[65000 à 85000[	Effectif			1		1
		% dans Montant Revenu			100,0%		100,0%
		% dans Périodicité Revenu			10,0%		1,9%
	[85000 à 105000[	Effectif			1	1	2
		% dans Montant Revenu			50,0%	50,0%	100,0%
		% dans Périodicité Revenu			10,0%	20,0%	3,8%
	[105000 et +[	Effectif			1	4	5
		% dans Montant Revenu			20,0%	80,0%	100,0%
		% dans Périodicité Revenu			10,0%	80,0%	9,6%
Total		Effectif	32	5	10	5	52
		% dans Montant Revenu	61,5%	9,6%	19,2%	9,6%	100,0%
		% dans Périodicité Revenu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Annexe 2 : Répartition du montant du revenu des enquêtés :

Statistiques

MONTANT REVENU

N	Valide	52
	Manquante	26
Moyenne		27163,46
Ecart-type		38386,67
Somme		1412500

MONTANT REVENU

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2500	31	39,7	59,6	59,6
	15000	5	6,4	9,6	69,2
	35000	1	1,3	1,9	71,2
	55000	7	9,0	13,5	84,6
	75000	1	1,3	1,9	86,5
	95000	2	2,6	3,8	90,4
	115000	5	6,4	9,6	100,0
	Total	52	66,7	100,0	
Manquante	Système manquant	26	33,3		
Total		78	100,0		

Annexe 3 : Répartition de la consommation mensuelle des enquêtés

Statistiques

MONTANT CONSOMMATION

N	Valide	76
	Manquante	2
Moyenne		55888,16
Ecart-type		30176,44
Somme		4247500

MONTANT CONSOMMATION

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2500	1	1,3	1,3	1,3
	15000	10	13,2	13,2	14,5
	35000	22	28,9	28,9	43,4
	55000	18	23,7	23,7	67,1
	75000	6	7,9	7,9	75,0
	95000	15	19,7	19,7	94,7
	115000	4	5,3	5,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

Annexe 4 : Test de corrélation entre consommation et revenu des personnes PVVIH.

Récapitulatif du modèle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,067 ^a	,004	-,016	1,52

a. Valeurs prédites : (constantes), Montant Revenu

ANOVA

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	,501	1	,501	,218	,642 ^a
	Résidu	112,479	49	2,295		
	Total	112,980	50			

a. Valeurs prédites : (constantes), Montant Revenu

b. Variable dépendante : Montant consommation totale

Conclusion :

$F_{\text{observé}} = 0,218$ alors que le $F_{\text{calculé}} = F(0,95,1,49) = 4$ (Selon la loi de Fischier)

Donc $F_{\text{observé}} < F_{\text{calculé}}$ d'où on accepte H_0 qui est l'hypothèse nulle c'est-à-dire le revenu n'influe pas sur la consommation.

Annexe 5 : Répartition des dépenses mensuelles de santé.

Statistiques

MONTANT DEPENSE DE SANTE

N	Valide	52
	Manquante	26
Moyenne		12788,46
Ecart-type		13707,86
Somme		665000

MONTANT DEPENSE DE SANTE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2500	22	28,2	42,3	42,3
	15000	25	32,1	48,1	90,4
	35000	3	3,8	5,8	96,2
	55000	1	1,3	1,9	98,1
	75000	1	1,3	1,9	100,0
	Total	52	66,7	100,0	
Manquante	Système manquant	26	33,3		
Total		78	100,0		

Annexe 6 : Formations sanitaire fréquentées par les personnes vivant avec le vih

Formation sanitaire fréquentée

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mbour	42	52,5	52,5	52,5
	Thiadiaye	11	13,8	13,8	66,3
	Popenguin	14	17,5	17,5	83,8
	Joal	9	11,3	11,3	95,0
	Autres	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Annexe 7 : Qualité perçue des formations Sanitaires fréquentées.

District Sanitaire de Mbour								
Appréciation	Accueil	Compétence	Attention	Disponibilité	Equipement	Propreté	Médicament	Moyen
Bien	53,8%	92,5%	95,1%	75%	56,4%	87,2%	92,1%	79%
Passable	35,9%	7,5%	4,9%	20%	28,2%	12,8%	7,9%	17%
Médiocre	10,3%	-	-	5%	15,4%	-	-	4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

District Sanitaire de Thiadiaye								
Appréciation	Accueil	Compétence	Attention	Disponibilité	Equipement	Propreté	Médicament	Moyen
Bien	18,2%	81,8%	80,0%	100,0	70%	80%	88,9%	74,2%
Passable	45,5%	18,2%	20,0%	-	30%	20%	11,1%	20,6%
Médiocre	36,4%	-	-	-	-	-	-	5,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

District Sanitaire de Popenguine								
Appréciation	Accueil	Compétence	Attention	Disponibilité	Equipement	Propreté	Médicament	Moyen
Bien	61,5%	100,0%	100,0%	75%	33,3%	100%	91,7%	80,2%
Passable	38,5%	-	-	25%	66,7%	-	8,3%	19,8
Médiocre	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

District Sanitaire de Joal								
Appréciation	Accueil	Compétence	Attention	Disponibilité	Equipement	Propreté	Médicament	Moyen
Bien	33,3%	66,7%	100,0%	85,7%	40%	57,1%	100%	69%
Passable	66,7%	33,3%	-	14,3%	60%	42,9%	-	31%
Médiocre	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Autres (C T A et hôpital Régional de Thiés)								
Appréciation	Accueil	Compétence	Attention	Disponibilité	Equipement	Propreté	Médicament	Moyen
Bien	50%	100,0%	100,0%	100%	100%	100%	75%	90%
Passable	50%	-	-	-	-	-	25%	10%
Médiocre	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Accueil : Salle d'attente confortable

Compétence : Personnel à la qualification requise ou est compétent :

Attention : Le personnel prend le temps de vous écouter

Disponibilité : Personnel toujours disponible :

Equipement : Quantité suffisante d'équipement médicaux/salle de soins :

Propreté : Formation sanitaire propre :

Médicaments : Médicament disponible surtout ARV :

Annexe 8 : Synthèse de la qualité perçue des formations sanitaires

Structures sanitaire	BIEN	PASSABLE	MEDIOCRE	Total
Mbour	79%	17%	4%	100%
Thiadiaye	74,20%	20,60%	5,20%	100%
Popenguine	80,20%	19,80%	-	100%
Joal	69%	31%	-	100%
Autres	90%	10%	-	100%

Annexe 9 : Services renoncés par manque d'argent

Le ou les services renoncés

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pharmacie	20	25,0	44,4	44,4
	Radio	4	5,0	8,9	53,3
	Labo	8	10,0	17,8	71,1
	Consultation au niveau supérieur	6	7,5	13,3	84,4
	Autres	7	8,8	15,6	100,0
	Total	45	56,3	100,0	
Manquante	Système manquant	35	43,8		
Total		80	100,0		

Annexe 10 : Fréquence des prestations

Services	Coût unitaire moyen du service	Nombre de fois utilisé dans l'année au CDS de Mbour	Fréquence d'utilisation
Médicaments	6000	97	72,4%
Analyse bilan	7885	26	19,4%
Imagerie	5000	3	2,2%
Hospitalisation	3000	9	6,7%
Lait	2000	19	19,50%
Transport	3000	7	5,2%

ANNEXE B

Administration d'enquête auprès des PVVIH

Il s'agit de préparer le choix des services de santé à couvrir en priorité, d'identifier pour quels services de santé le tiers payant est particulièrement important, d'évaluer le niveau de la disposition à payer de la population cible et ses variations saisonnières éventuelles. Il cherche aussi à préparer le calcul des cotisations.

Nom de l'enquêteur :

Date :

IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

Ville :

Genre :M /F

SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE

1) Situation matrimoniale : Marié, ...Célibataire,Divorcé, Veuve

2) Statut dans le ménage :Chef de ménage,Membre du ménage

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

.....personnes

4) Niveau d'éducation :

.....Non scolarisé, ...Primaire,Secondaire,Supérieure,Autres :

5) Religion :Islam,ChristianismeAnimiste

6) Quelle est votre activité professionnelle ?

.....Pêcheur,Agriculteur,Guide touristique,Commerçant,Restaurateur,
.....Autres (à préciser).....

7) Avez-vous un revenu ? OUI /NON ?

8) Si OUI, quelle est la périodicité de vos revenus ?

Caractère	Montant	Caractère	montant	Caractère	Montant	Caractère	Montant
... Journalier		.....Semaine		.....Mensuel		...Autres	
....Trimestre		.....Semestre		.....Annuel			

9) A combien s'élève votre propre consommation totale pour le mois ?FCFA.

10) Pouvez-vous donner un montant approximatif de vos dépenses de santé dans le mois ou dans l'année ?Oui ;Non

11) Si Oui ;FCFA par mois ;par année

Êtes-vous membre de groupement ou d'ASC ?Oui,Non ; Si oui, lesquels ?

Association	DAHIRA	GPF	MBOOTAY	ASC	AUTRES	TOTAL
Cotisation Mensuel						
Modalité d'adhésion						

12) Comment est structurée l'organisation ?

.....Président, Secrétaire,Trésorier, Commissions.

13) Reçoit-elle des appuis extérieurs ? Oui,Non,

14) Si oui, de quelle organisation ?

MODALITES ACTUELS DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE MALADIE

15) Épargnez-vous de l'argent ?Oui ;Non

16) Cette épargne peut elle servir pour payer les soins de votre santé ? Oui ; .. Non

17) Si elle ne le permet pas, que faite vous pour faire face aux dépenses ? (numéroter par ordre de recours)

-Espèce propre disponible à la maison, -Recours à la solidarité familiale,
-Emprunt auprès d'un ami ou voisin, -Vente d'un bien,
-Payer seulement ce que je peux payer, -Recours à ENDA,
- ... Autres (préciser).....

MORBIDITE ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PVVIH

18) Juste après les élections locales 2009 ; Combien de fois êtes vous tombé malade ?fois

19) Êtes-vous allé à la recherche de soins ? Oui ; Non

20) Quels services vous ont été fournis au lieu de recours ?

- Consultation ; Médicaments Essentiel Médicaments Spécifiques
- Hospitalisation Examens bio médicaux Imagerie médicale,
- Autres.....

21) Les médicaments sont ils gratuits ?Oui,Non

23) A combien s'élèvent les dépenses de soins prodigués aux districts ?

Types de services	Montant
Consultation	
Médicaments	
Hospitalisation	
Examens bio médicaux	
Imagerie médicale	

24) Quelles sont les maladies ou troubles dont vous souffrez le plus fréquemment ?

12.....3.....4.....

25) Quelles sont les barrières à l'accès aux soins de santé (en ordre de priorité : 1, 2, 3,...) ?

..... Financières ; Socioculturelles ; Localisation géographique ; Qualité de soins,
.....Stigmatisation/ Discrimination.

26) La dernière fois qu'un médecin vous a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance?

.....Oui, Non

27) Si non ; pourquoi ?

.....Manque d'argent,Médicaments non disponible à la pharmacie de l'hôpital,
.....Autres (à préciser).....

28) Est-ce que vous ou un membre de votre association de PV VIH avez dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer par manque d'argent à l'un des services suivants?

.....Oui ; Non

29) Si oui ; cocher le ou les services dont il s'agit

.....Pharmacie,Radiologie,Laboratoire
.....Consultation à l'hôpital régional),Hospitalisation au CS,
.....Autres services (à indiquer).....

30) Disposer vous au centre de santé des médicaments ARV gratuitement ?

....Oui,Non

31) Disposer vous des examens médicaux gratuitement tous les 6 mois ?Oui,Non

32) Quels sont les services de soins que vous payez le plus souvent ?

.... Consultation, Médicaments, Examens médicaux,

.... Hospitalisation,Autres :.....

MUTUELLE DE SANTE

33) Cela vous paraît-il nécessaire d'organiser la solidarité au sein de la communauté des PV VIH pour faciliter l'accès aux soins de santé ?

..... OUI, NON

34) Avez-vous déjà entendu parler d'une mutuelle de santé ?

.....OUI,NON

35) Si oui à quoi sert elle ?

.....Prévoir la maladie,Aider à prendre en charge les dépenses de santé,

.....Autres :

36) Que pensez-vous de la création d'une mutuelle de santé au sein de votre communauté ?

..... C'est une bonne chose, Peu importe, Ce n'est pas bon.

37) Souhaiterez-vous adhérer à la mutuelle ?

..... OUI NON

38) Sinon pourquoi ?

39) Si oui, quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future mutuelle couvre ?

.... Consultation, Hospitalisation, Examen de Labo

.... Médicaments Examens médicaux, Transport

..... (Autres (préciser).....

Adhésion à la mutuelle

40) Combien êtes-vous prêts à payer pour être membre de la mutuelle ?

..... 1000 F, 1250 F, 1500 F, 1750 F, 2000 F ou autres.....

41) Combien êtes-vous prêts à cotiser par mois une fois adhérer ?

.... 200 F, 300 F, 500 F, 1000 F, plus de 1000 F Autres :.....

42) Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser ? (enfants ou conjoint (e) infecté ou affecté)
.....personnes

43) Quel montant maximum pouvez-vous payer par personne à charge par mois ?

..... 100 F,200 F, 300 F, 500 F

44) Quelle modalité de cotisation préférez-vous ?

.... Mensuelle, Bimestrielle,Trimestrielle, Semestrielle, Annuelle.

45) Quels sont d'après vous les obstacles qui peuvent faire échouer la mutuelle ?

..... Manque de cotisation,Fautes de gestion,

..... Manque de confiance entre les membres et les futures gestionnaires, Ne sais pas,

Choix des structures sanitaires partenaires

46) Quel est le nom de la formation sanitaire que vous fréquentez d'habitude ?

47) Quand vous êtes rendu là bas la dernière fois à cette formation pour y recevoir des soins ?

.....Pas plus de six mois,Cette année.

48) Quelle appréciation faites-vous de la structure ?

- | | | | |
|---|------------|----------------|----------------|
| - Personnel en nombre suffisant : | ... Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Personnel à la qualification requise ou est compétent : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Le personnel prend le temps de vous écouter : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Personnel toujours disponible : | ...Bien, |Passable, |Médiocre. |
| - Quantité suffisante d'équipement médicaux/salle de soins : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Quantité suffisant de lits : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Equipement médical en bon état : |Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Patient examiné dans leur ordre d'arrivé : |Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Salle d'attente confortable : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Formation sanitaire propre : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Formation sanitaire ouvre même en dehors des heures de travail, et jours fériés : | ...Bien, |Passable, |Médiocre |
| - Médicaments disponible surtout ARV : |Bien, |Passable, |Médiocre |

49) Étiez-vous seul avec le prestataire une fois reçu ? OUI / NON

50) Si non qui d'autre :

.....Un personnel de la structure,Un patient,Autre.....

51) Étiez-vous stigmatisé ? OUI, / NON

52) Si oui, par qui ? : Personnel de santé,Patient, Autres (préciser).....

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES D'ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES DE SOINS

Il s'agit d'informations sur le contexte sanitaire et les problèmes d'accès aux soins des PV VIH. Il s'agit aussi d'identifier les services de santé correspondant à des besoins prioritaires de la population cible en termes sanitaires et ceux qui font l'objet de problèmes de recouvrement ou de financement. Ces entretiens permettent enfin de collecter des informations utiles pour préparer les accords avec les prestataires de soins.

Nom de l'enquêteur : Date de l'Enquête:

Nom de la structure : Adresse Postale/Tél :

Personne contactée : Titre :

1) Nature de la structure :

Composition de l'effectif du personnel	Catégorie	Effectif		
		Homme	femme	Total
	Médecin			
	Infirmier			
	Assistant Social			
	Sages femmes			
	Matrone			
	Autres			
	Total			

2) Quelle est la capacité d'accueil de la structure ?

Chambre d'hospitalisation	
Pharmacie	
Laboratoire	
Lits	

➤ **Services de santé prioritaires pour les PV VIH (choix des services de santé à couvrir)**

3) Quel type de soins offrez-vous le plus aux PV VIH ?

..... Soins de base, Hospitalisation, Soins de spécialité,
 Approvisionnement en lait,Autres.....

4) La structure a – t –elle des difficultés financières ? OUI / NON

5) Qui sont vos principaux clients ?

- Particuliers à leurs frais, IPM Mutuelles de santé
- Entreprises privés, Etat,
- Autres (à préciser)

6) Avez-vous des cas de PV VIH à prendre en charge ? OUI /... NON

7) Si oui, quels sont les services et prestations de santé offerts par votre structure et le montant par acte ?

Code	Services de santé	Code	Actes de santé	Montant/acte
	Soins ambulatoires		Consultations généralistes curatives	
			Soins infirmiers ambulatoires	
			Petites chirurgies	
	Médicaments		Médicaments génériques et essentiels	
			Médicaments marques et spécialités	
			Autres produits (.....)	
	Hospitalisation		Petite hospitalisation	
			Mise en observation	
	Examens médicaux		Echographie	
			Radiographie	
			Electrocardiogramme	
			Créatinémie	
			Examen CD4 et transaminase	
			Autres actes de diagnostic.....	
	Autres			

8) Pour quel service de santé spécifique au PV VIH avez-vous le plus de problèmes de recouvrement ou de financement ?

9) Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en médicaments ARV?

... OUI /... NON

10) Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en lait aux PV VIH allaitantes?
 OUI / NON

11) Vous arrive-t-il souvent de référer certains de vos malades PV VIH ? OUI
 /....NON

12) Si oui, où les référez vous le plus souvent ?
Centre de santé,Hôpital,Clinique Privée,... Autres (préciser).....

13) Quels sont, en moyenne, les coûts des différentes prestations principales pour les PV VIH ?

Services/prestations	Coût du service	Nombre de PV VIH utilisateur

➤ **Situation économique, problèmes d'accès aux soins.**

14) Est-ce que les PV VIH ont du mal à payer les services de santé non gratuits ? OUI /
NON

15) Est-ce que des initiatives ont été prises pour faciliter le paiement des services de santé non
 gratuits à l'endroit des PV VIH (caisse d'entre aide, système de crédits, etc.,...) ... OUI
 /..... NON.

16) Si Oui ;
 lesquelles ?.....

17) Est-ce certains PV VIH, viennent de loin ? OUI / NON ?

18) Paye t-il le transport ? OUI / NON ?

➤ **Fonctionnement actuel de la formation sanitaire**

19) Où sont logés les médicaments ARV:
 A la pharmacie,Au bureau de l'assistant social,
Autres (préciser)

20) Y a-t-il souvent rupture de stocks de médicaments ?OUI / ... NON

21) Si oui ; à quoi, cela est – il dû ?.....

22) Quelles sont généralement les maladies opportunistes que vous rencontrer souvent ?
 1.....2.....3.....
 4.....5.....

23) Quelles sont les procédures appliquées pour respecter le secret médical et la confidentialité
 des dossiers médicaux des PV VIH?.....

24) Est ce que vous utilisez des protocoles thérapeutiques prédéfinis pour la prise en charge
 médicale des PV VIH ? ... OUI / ... NON

25) Si, oui, qui définit ces
 protocoles ?.....

26) Pouvez-vous les faire améliorer ? ... OUI / ... NON

27) Si Oui ; comment ?.....

28) Et quel est le mode de facturation actuel ? (par acte Médical, par épisode de maladie, par
 journée d'hospitalisation,) ?.....

➤ **Identification des interlocuteurs pour les accords de partenariats**

L'objectif de ce système est de faciliter le paiement des prestations de santé non gratuites aux

PV VIH. Ce système pourrait passer des accords avec certaines formations sanitaires de la localité de Mbour afin de convenir de règles de fonctionnement spécifiques ou de tarifs différents des tarifs officiels.

Nous envisageons mettre en place un système de micro assurance santé (Mutuelle) des PV VIH pour financer la partie de la prise en charge non gratuite.

- 29) Avez-vous déjà signé une convention avec des mutuelles de santé ou IPM ? OUI
/ ... NON
- 30) Êtes-vous prêts à contractualiser avec une mutuelle de santé ?OUI / NON
- 31) Quelles sont les prestations que vous pourriez fournir à cette mutuelle ; et quelles sont les réductions auxquelles vous pourriez consentir ?

Prestations/Services	Réduction (%)
Consultations	
Médicaments Essentiels	
Examens bilan labo	
Imagerie Médicale	
Hospitalisation	

- 32) Si Oui, comment souhaitez vous être payé par la dite mutuelle et selon quelles échéances ?
- Tiers payant : Remboursement Mensuel des Frais,
..... Remboursement trimestriel des Frais,
..... Remboursement Annuel des Frais,
 - Tiers garant : Paiement par capitation,Par acte médical
 - Autres :