



Mémoire
Présenté par :
Babacar DIOUF

**Université Cheikh Anta
Diop**
**FACULTE DES
LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES**

**Mutuelles de santé et accès aux soins et
services en santé de la reproduction :
étude menée à Thiès**

Année Académique: 2005

09 OCT. 2006

15.02.02
D10
13134

REPUBLIQUE DU SENEGAL

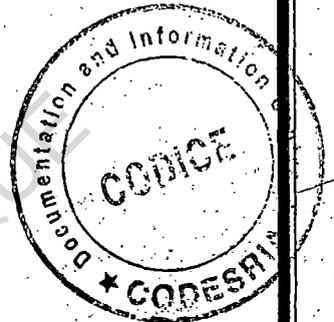
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



MEMOIRE DE DEA

« Mutuelles de santé et accès aux soins et services en santé de la reproduction. Etude menée à Thiès. »

Présenté par

Babacar DIOUF

Encadré par

Pr Boubakar LY

Financé par le CODESRIA dans le cadre du Programme de Petites Thèses pour la rédaction de Mémoires et de Thèses – SESSION 2005

15.02.02
D10
13134

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- Dieu, le Tout Puissant, Jésus Christ, notre Sauveur, l'Esprit Saint qui habite notre cœur, la Vierge Marie, qui intercède pour nous !
- Mon Père Seck Bidjé et ma mère Rokhaya DIENG qui m'ont donné la vie, témoigné un amour sans faille et m'ont assuré une éducation d'homme libre et responsable. Que Dieu les bénisse à jamais !
- Mon fils bien aimé Séraphin, afin qu'il puisse aussi faire de brillantes études, être un grand citoyen du monde et avoir un avenir radieux.
- Mon épouse Mme Chantal FAYE DIOUF, pour les longues années d'amour, de dévouement et de patience qu'elle a consenties pour moi, qu'elle reçoive ici toute mon affection
- A mes frères et sœurs : Sokhna, Pape, Ngor, Ibou, Coumba, Guédj, Issa, Djiga, Djiby, Séraphin Toffène, Simon Pierre Mbassou, Mbaye Ya Mane, pour leur amour et soutien fraternels.
- A mes oncles et tantes : Mame Khémesse THIAW, Maïmouna GNINGUE, Narcisse Yoppe THIAW, Babacar Mbagnane THIAW, Mbaye DIENG, Abdoulaye DIENG, Nabou DIOUF, Janette BASSENE, Seynabou DIENG, Rokhaya DIENG, Amy DIENG, pour leur soutien moral, matériel, financier tout au long de mon cursus scolaire et universitaire.
- A mon oncle Mame Khémesse THIAW qui m'a appuyé financièrement et moralement tout au long de mes études, qu'il reçoive ici l'expression de toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

- Au **Professeur Boubacar LY**, qui a été l'un des illustres formateurs du département de Sociologie de L'UCAD et qui a bien voulu encadrer ce travail de recherche. Je lui en suis particulièrement reconnaissant et je lui exprime ma profonde gratitude.
- A Monsieur **Mbaye SENE**, Responsable du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé (PAMS) de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, pour, sa disponibilité, ses conseils qui ont été déterminants dans la réalisation de cette recherche
- A Monsieur **François Pathé DIOP**, Responsable du Programme PHR+, ses conseils et son appui en documentation ont beaucoup apporté à la qualité de ce travail.
- A Monsieur **Aly CISSE**, Chargé de programme au BIT/STEP son appui en documentation ses suggestions ont beaucoup apporté à la réalisation de cette recherche
- Au **CODESRIA** qui a m'accordé une importante subvention de recherche qui a facilité la prise en charge des coûts liés à cette recherche. J'en profite pour magnifier les nombreux efforts que cette institution déploie pour le développement de la recherche en Afrique.
- Aux administrateurs et gérants des mutuelles de santé ciblées dans le cadre cette étude : Ferdinand MBAYE, Emile TINE et Rokhaya GUEYE de la MS **Sopanté** de Fandène, Aïda FALL, Khady CISSE et Zouzou KA de MS **Yombal Fajju Ak Wër** de Thiès, Mamadou CISSOKHO et Marie WADE de la MS **And Fagaru** de Thiès, Sagar GNING, Nabou SARR, Ibrahima FALL de la MS **Yermandé** de Khombole, Rokhaya DIENE et Oumy DIOP de la MS **Bolo Soxali Tivaoune** ; c'est grâce à la disponibilité et à la collaboration de ces défenseurs et bénévoles du mouvement mutualiste que cette recherche a pu se réaliser.
- A **André WADE, Charles WADE, Simone TINE du GRAIM** pour avoir mis à ma disposition une base de données et la situation de référence des mutuelles de santé de la région ; leur appui technique et leurs conseils ont été très enrichissants.

- A Monsieur **Benoît FAYE et famille** qui ont m'ont accueilli dans leur maison durant toute la durée de l'enquête. Que Dieu leur paye le centuple de leur générosité.
- A tous les **responsables de structures de sanitaires** notamment au personnel de Saint-Jean de Dieu, de l'Hôpital Régional de Thiès, aux sages femmes et matrones du Poste Santé de Cité Niakh de Thiès leurs contributions dans ce présent travail ont été fructueuses
- A **toutes les femmes** qui ont collaboré de façon enthousiaste à la réalisation de l'enquête. Nous leur dédions ce travail en espérant qu'il contribuera en tant soit peu à la promotion de leur santé reproductive afin qu'elles puissent consacrer plus de temps et d'énergie à leurs familles et à la société.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	Page 1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	Page 4
1.1. Position du problème.....	Page 5
1.2. Justifications du sujet.....	Page 15
1.3. Revue de la littérature.....	Page 16
1.4. Cadre conceptuel.....	Page 25
1.5 Modèle d'analyse.....	Page 30
1.6 Définition opérationnelle des variables.....	Page 32
1.5 Objectifs d'étude.....	Page 34
1.5.1 Objectif général.....	Page 34
1.5.2 Objectifs spécifiques.....	Page 34
1.6 Hypothèse.....	Page 34
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	Page 35
2.1 Univers de l'enquête.....	Page 36
2.1.1 Cadre d'étude.....	Page 36
2.1.1.1 Présentation générale de Thiès.....	Page 36
2.1.1.2 les indicateurs de santé de la région.....	Page 37
2.1.2 Population parent.....	Page 38
2.1.3 Echantillonnage.....	Page 39
2.1.3.1 Méthode d'échantillonnage.....	Page 39
2.1.3.2 Technique d'échantillonnage.....	Page 39
2.1.3.3 Taille de l'échantillon.....	Page 39
2.2 Stratégie de la recherche.....	Page 40
2.2.1 Recherche documentaire.....	Page 40
2.2.2 Choix des instruments de collecte de données.....	Page 40
2.2.2.1 Questionnaire.....	Page 40
2.2.2.2 Guide d'entretien.....	Page 41
2.2.3 Pré test.....	Page 42
2.2.4 Administration des instruments.....	Page 43
2.2.5 Traitement des données.....	Page 44
2.2.6 Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	Page 44
2.2.6.1 Difficultés rencontrées.....	Page 44

2.2.6.2 Limites de l'étude.....	Page 45
---------------------------------	---------

CHAPITRE III : ANALYSE ET

INTERPRETATION DES RESULTATS.....	Page 46
--	----------------

3.1 Caractéristiques de la population de l'étude.....	Page 47
3.1.1 Age.....	Page 47
3.1.2 Religion.....	Page 47
3.1.3 Situation matrimoniale.....	Page 48
3.1.4 Régime matrimonial.....	Page 48
3.1.5 Taille du ménage.....	Page 48
3.1.6 Nombre de FAR.....	Page 49
3.1.7 Nombre d'enfants de 0 à 5 ans.....	Page 49
3.1.8 Niveau d'études.....	Page 50
3.2 Niveau des revenus.....	Page 51
3.2.1 Profession.....	Page 51
3.2.2 Revenus mensuels de l'activité principale.....	Page 51
3.2.3 Existence d'autres sources de revenus.....	Page 52
3.2.4 Nature des sources de revenus additionnels.....	Page 52
3.2.5 Montants des revenus mensuels additionnels.....	Page 53
3.2.6 Profession du conjoint.....	Page 54
3.2.7 Montant des revenus mensuels du ménage.....	Page 54
3.2.8 Montant des revenus mensuels et niveau de prise en charge du ménage.....	Page 55
3.3 Mutuelle de santé et accès aux soins et services en SR	Page 56
3.3.1 Généralités sur les mutuelles de santé.....	Page 56
3.3.1.1 Modalités d'adhésions et populations couvertes dans les MS...Page 56	
3.3.1.2 Prestations couvertes et taux de prise en charge.....	Page 57
3.3.1.3 Structures sanitaires conventionnées, zones polarisées et partenaires fréquentées.....	Page 60
3.3.1.4 Relations Mutuelles de santé/Adhérents et bénéficiaires	Page 62
3.3.1.5 Mutuelles de santé/Femmes non bénéficiaires.....	Page 63
3.3.2 Accès aux soins et services en SR.....	Page 63
3.3.2.1 Niveau d'utilisation des soins et services en SR.....	Page 63
3.3.2.2 Structures sanitaires fréquentées.....	Page 64
3.4 Dépenses en soins et services en SR.....	Page 65

3.4.1	Prise en charge des dépenses en SR.....	Page 66
3.4.2	Appréciation sur les dépenses en SR.....	Page 66
3.4.3	Les difficultés et contraintes dans le fonctionnement des mutuelles de santé.....	Page 68
3.4.6	Propositions pour des dépenses en SR accessibles.....	Page70
CHAPITRE IV : RECOMMANDATIONS.....		Page 72
4.	Recommandations.....	Page 73
CONCLUSION GENERALE.....		Page 75
BIBLIOGRAPHIE.....		Page 77
ANNEXES		
QUESTIONNAIRE-MENAGES		
GUIDE D'ENTRETIEN (Femmes bénéficiaires de la mutuelle de santé)		
GUIDE D'ENTRETIEN (Femmes non bénéficiaires de la mutuelle de santé)		
GUIDE D'ENTRETIEN (Administrateurs et gérants de mutuelles de santé)		
GUIDE D'ENTRETIEN (Prestataires de soins)		
GUIDE D'ENTRETIEN (Partenaires techniques et promoteurs de mutuelles de santé)		

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

GLOSSAIRE

ASBEF	:	Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial
BIT/STEP	:	Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
BM	:	Banque Mondiale
CIE	:	Centre International de l'Enfance
CFPED	:	Centre Français sur la Population et le Développement
CERPOD	:	Centre d'Etude et de Recherche sur la Population et le Développement
CM	:	Chef de Ménage
CODESRIA	:	Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique
DPP	:	Déclaration de Politique de Population
DPS	:	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDMC	:	Enquêtes sur les Dépenses des Ménages de la Capitale
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	:	Ecole Nationale de Développement sanitaire et social
ENTSS	:	Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés
ESAM	:	Enquête Sénégalaise auprès des Ménages
ESF	:	Enquête Sénégalaise sur la Fécondité
ESIS	:	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
ESP	:	Enquête Sur les Priorités
FAR	:	Femme en Age de Reproduction
GRAIM	:	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
GTZ	:	Coopération Allemande au Développement
IB	:	Initiative de Bamako
IPRES	:	Institut de la Prévoyance Retraite du Sénégal
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MS	:	Mutuelle de la Santé
MSPAS	:	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
MSHP	:	Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention

MST	:	Maladies sexuellement Transmissibles
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PAS	:	Programme d'Ajustement Structurel
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	:	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planning Familial
PNB	:	Produit National Brut
PHR	:	Program For Health Reform
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
QUID	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Développement
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	:	Santé de la Reproduction
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TBN	:	Taux Brut de Natalité
TGFG	:	Taux Global de Fécondité Générale
UA	:	Union Africaine
UCAD	:	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UGB	:	Université Gaston Berger
VAT	:	Vaccin Anti Tétanique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Couverture sanitaire :	
	personnel / infrastructure / population.....	Page 13
Tableau II	: Répartition de la population de l'étude par âge	Page 47
Tableau III	: Religion des répondantes	Page 47
Tableau IV	: Situation matrimoniale	Page 48
Tableau V	: Taille du ménage	Page 48
Tableau VI	: Nombre de F.A.R	Page 49
Tableau VII	: Nombre d'enfants de 0 à 5 ans	Page 49
Tableau VIII	: Niveau d'études	Page 50
Tableau IX	: Profession	Page 51
Tableau X	: Revenus mensuels de l'activité principale	Page 51
Tableau XI	: Existence d'autres sources de revenus	Page 52
Tableau XII	: Nature des sources de revenus additionnels	Page 52
Tableau XIII	: Montants des revenus mensuels additionnels	Page 53
Tableau XIV	: Profession du conjoint	Page 54
Tableau XV	: Montants des revenus du ménage	Page 54
Tableau XVI	: Revenus et niveaux de prise en charge du ménage	Page 55
Tableau XVII	: Modalités d'adhésions et populations couvertes dans les MS	Page 56
Tableau XVIII	: Prestations couvertes et taux de prise en charge	Page 57
Tableau XIX	: Structures sanitaires conventionnées, zones polarisées et partenaires	Page 60
Tableau XX	: Niveaux d'utilisation des soins et services en SR	Page 63
Tableau XXI	: Structures sanitaires fréquentées	Page 64
Tableau XXII	: Dépenses en soins et services en SR	Page 65
Tableau XXIII	: Prise en charge des dépenses en SR	Page 66
Tableau XXIV	: Appréciation sur les dépenses en SR et revenus	Page 66
Tableau XXXII	: Propositions pour des dépenses en SR accessibles	Page 70

RESUME

Tous les indicateurs montrent que l'économie sénégalaise s'est dégradée au cours des trois dernières décennies. Les déséquilibres financiers, l'endettement, les conditions climatiques défavorables, les fluctuations des termes de l'échange, l'application des PAS, la dévaluation du franc CFA conjugués à un désengagement de l'Etat dans plusieurs secteurs dont celui de la santé se sont traduits par une précarité des conditions de vie. Ces contre performances macro-économiques ont eu un impact négatif sur la santé des populations avec des taux de morbidité et de mortalité particulièrement élevés. Les femmes et les enfants sont plus touchés par ce mauvais état de santé car constituant les couches les plus démunies et les plus marginalisées. Au Sénégal 510 femmes décèdent pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité néonatale est de 31,4 ‰ et infantile 63,5‰. La santé de la reproduction (SR) reste donc préoccupante dans un contexte où la couverture du risque maladie est très limitée car ne concernant que 15% de la population (fonctionnaires, salariés du secteur formel et leurs familles). Le reste de la population, confronté à une pauvreté endémique, rencontre d'énormes difficultés dans l'accès aux soins de santé où la gratuité a laissé place au recouvrement des coûts et à la participation financière des usagers. Les mutuelles de santé (MS) constituent désormais l'une des alternatives prises par les populations pour accéder aux soins de santé. En associant les principes d'entraide au mécanisme de l'assurance elles présentent un potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. En effet, les MS étudiées à Thiès couvrent un nombre important de femmes et d'enfants. Cette catégorie représente plus de la moitié des membres et bénéficiaires. A cela, il faut ajouter que la SR est une priorité pour les MS en raison du fait que plus de 60% du paquet de soins et services offerts par ces dernières concernent la SR avec des tarifs de prise en charge intéressants voire préférentiels. Au demeurant, les MS sont confrontées à un certain nombre de difficultés et de contraintes notamment sur le plan du fonctionnement, de la gestion et de la promotion. C'est pourquoi, il urge de mieux impliquer les pouvoirs publics, les partenaires au développement et de remobiliser les populations autour de ce concept de santé communautaire. C'est ainsi que l'on sera en droit d'attendre l'émergence d'un mouvement mutualiste fort capable de promouvoir la santé publique en général et la santé des femmes et des enfants de manière spécifique.

INTRODUCTION GENERALE

Tous les indicateurs montrent que l'économie sénégalaise s'est dégradée au cours des trois dernières décennies. Les déséquilibres financiers internes et externes, l'accroissement du taux d'endettement, les conditions climatiques défavorables, les fluctuations des termes de l'échange, l'application des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), la dévaluation du franc CFA se sont traduits par une précarité des conditions de vie. Durant cette même période, l'on a assisté à de profonds changements politiques et économiques notamment le passage d'une économie planifiée à une économie de marché, se traduisant par la réduction des interventions de l'Etat et par une décentralisation accrue.

Les contre performances macro-économiques ont eu un impact décisif sur la santé des populations, dans la mesure où les niveaux de morbidité et de mortalité enregistrés au cours des dernières années sont révélés particulièrement élevés.

Les femmes et les enfants ne sont-ils pas les plus touchés par ce mauvais état de santé car constituant les couches les plus démunies et les plus marginalisées socialement, économiquement et politiquement. La santé maternelle et infantile est très préoccupante, ce qui a amené le Sénégal à élaborer une politique globale de santé de la reproduction, afin d'améliorer l'état sanitaire de la femme et de l'enfant.

La santé de la reproduction, définie par l'OMS comme « une condition ou un processus de reproduction accompli dans un état de bien être physique, mental et social complet » (OMS, 1994)¹ a suscité beaucoup d'espoir et plusieurs partenaires au développement se sont engagés à appuyer le gouvernement sénégalais pour le financement et la mise en œuvre de cette politique globale de santé.

L'orientation stratégique du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) relative à l'accroissement des performances en Santé de la Reproduction (SR) constitue un axe majeur du Plan National de Développement Sanitaire et Social (Ministère de Santé et de l'Action Sociale, 1996)².

¹ OMS, 1994, Rapport sur la maternité sans risque : *soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé*

² MSAS, 1996, Plan National du Développement Sanitaire et Social

En dépit de cette volonté politique, les taux de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile restent élevés, si on se réfère aux données fournies par l' Enquête Démographique et de Santé (**EDS III, 1997**)³ et l'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (**ESIS, 2000**)⁴.

Mais les limites essentielles des politiques de santé résident dans l'exclusion de la protection sociale en matière de santé et la non prise en compte du phénomène croissant de la pauvreté qui s'est traduite par des difficultés d'accès aux soins des couches sociales les plus démunies.

La couverture du risque maladie reste très limitée et ne concerne que 15 % de la population. L'exclusion de la protection sociale est particulièrement préoccupante au regard de l'ampleur de la pauvreté. Le secteur de la santé est l'un des plus frappé par les crises économiques conjuguées à un désengagement de l'Etat. La gratuité des soins a laissé progressivement la place à des systèmes de recouvrement des coûts faisant appel à la contribution des utilisateurs de soins. Les systèmes de recouvrement ont certes contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé mais ils ont également rendu l'accès aux soins plus difficile pour les personnes disposant de revenus modestes.

Le souci d'équité apparaît peu dans les programmes et projets mis en œuvre jusque là et une démarche visant la réduction de l'écart entre les pauvres et les non pauvres n'a pas été privilégiée (**MSHP, 2001**)⁵

Toutefois, selon l'OMS, l'indice de performance d'un système de santé se mesure dans la réalisation de cet « objectif principal : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (qualité), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (équité) » (**OMS, 2000**)⁶

En réalité, dans un contexte marqué par une participation financière des populations, la question de l'accessibilité aux soins et services de santé pour les populations se pose avec acuité. On assiste depuis quelques années à l'essor de

³ Direction de la Prévision Statistique, 1997, EDSIII

⁴ Ministère de la Santé, SHERDA, 2000, Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé

⁵ MSHP, 2001, Plan Stratégique Pauvreté et Santé 2002-2010

⁶ OMS, 2000, Rapport sur la santé dans le monde, *Pour un système de santé plus performant*

nombreux systèmes de protection créés par d'autres acteurs que les Etats : communautés, ONG, organisations de travailleurs, organisations d'employeurs, coopératives, etc. Les mutuelles de santé constituent l'une des alternatives prises par ces systèmes pour accéder aux soins de santé. Elles associent les principes d'entraide au mécanisme de l'assurance. Elles présentent un potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. Au-delà de l'enjeu de santé publique, les mutuelles de santé semblent constituer aussi une réponse à la prise en charge de la santé maternelle et infantile.

Dans cette perspective, nous nous proposons d'analyser la contribution des mutuelles de santé dans la promotion de la santé maternelle et infantile. L'objectif de notre étude est donc d'évaluer les capacités des mutuelles de santé à assurer l'accès aux soins et services SR dans la région de Thiès. Suivant ces considérations, notre étude s'articule autour de quatre grandes parties.

La première est consacrée aux aspects théoriques qui sous-tendent l'analyse. Cette partie comprend d'abord la problématique qui nous permet d'évoquer les questions liées à la morbidité et à la mortalité qui touche la population en général et les femmes et les enfants en particulier. Nous avons passé en revue les facteurs qui expliquent les contre-performances des nos systèmes de santé et les mesures prises jusque là et leurs limites. Cela nous permet de poser notre question de recherche. Après la question de recherche, nous avons fait part des motivations qui ont guidé le choix de notre sujet. La revue de la littérature nous a permis de recenser les auteurs qui ont abordé la santé publique, la santé de la reproduction et l'émergence de la mutualité et son impact sur la SR. Ensuite nous avons présenté le cadre de référence dans lequel se situe notre recherche, la clarification conceptuelle et le cadre théorique. Dans cette même partie, nous avons défini les objectifs poursuivis à travers l'étude et dégager l'hypothèse.

La deuxième partie concerne la méthodologie. Dans cette partie nous décrivons l'univers de la recherche et la stratégie de recherche adoptée. Nous avons fait part aussi, dans cette partie, des difficultés rencontrées et des limites de notre recherche.

La troisième partie porte sur la présentation et l'interprétation des données recueillies sur le terrain.

La quatrième partie s'articule autour des recommandations et suggestions et nous avons terminé par une conclusion générale.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

1.1 POSITION DU PROBLEME

A l'instar de beaucoup de pays, le Sénégal a très tôt compris la santé constitue un des piliers de tout développement économique et social. Le pays a réaffirmé cette volonté dans la nouvelle **Constitution** adoptée le 07 janvier **2001** qui dispose en son article 17 que : « *L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être. Il garantit également aux femmes en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, le droit à l'allègement de leurs conditions de vie.* »

Par ailleurs, le Sénégal a ratifié de nombreux traités et déclarations en matière de santé publique : Déclaration universelle des droits de l'homme (**1948**), la Charte de l'Union Africaine, la Convention des Droits et du Bien-être de l'Enfant (**1988**), les Accords Sanitaires d'Abuja (où il est recommandé aux Etats de consacrer au moins 15% de leurs budgets à la santé). Plus récemment, le Sénégal a adopté la stratégie sanitaire du NEPAD et les Objectifs du Développement du Millénaire (OMD) qui préconisent respectivement aux objectifs 4 et 5 la *réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle d'ici 2015*.

Depuis les indépendances, le Sénégal a défini et mise en œuvre des politiques sanitaires à travers l'érection de services sanitaires curatifs et préventifs dits modernes. Beaucoup d'efforts ont donc été consentis pour répondre aux problèmes sanitaires des populations.

Mais hélas, la santé des populations reste précaire, elle souvent préoccupante au regard de certains indicateurs. Les taux de morbidité et de mortalité se révèlent très élevés. Des maladies épidémiques et endémiques pratiquement éradiquées durant les campagnes des années 50 et 60, réapparaissent et sont de nos jours largement répandues : tuberculose, paludisme, bilharziose et parasitoses telles que le choléra. Tandis que le Sida prend des allures inquiétantes. Comment expliquer cette situation alors que le Sénégal de concert avec la communauté internationale et sous l'égide de l'OMS avait solennellement entériné en **1978** l'objectif de « *santé pour tous en l'an 2000* » ?

Plusieurs facteurs interviennent et jouent un rôle déterminant dans les contre performances que connaît le système sanitaire au Sénégal comme partout ailleurs en Afrique.

Tout d'abord comme le montrent les chercheurs spécialistes en santé publique, à l'instar de **Mburu (1981) Fournier, Haddad (1995)**, le système de santé en Afrique est hérité de la colonisation qui, en introduisant la médecine occidentale, visait plutôt à pacifier, à dominer et à rendre productives les colonies.

Les indépendances n'ont pas permis de faire la rupture nécessaire, car les élites parvenues au pouvoir, dans une stratégie de construction nationale, ont pérennisé cet état de fait en élaborant de programmes sanitaires verticalistes basés sur le modèle hospitalier avec des coûts excessifs et une mauvaise distribution des soins. En analysant le système sanitaire on peut remarquer une concentration relative des infrastructures sanitaires dans les grands centres urbains au détriment des zones rurales qui abritent la majorité des populations.

Les problèmes qui se posent dans le secteur de la santé au Sénégal (comme en Afrique d'ailleurs) peuvent être imputés au maintien de la structure hiérarchisée, héritée du colonisateur. Dans la plupart des pays africains la structure des établissements sanitaires est calquée sur la structure administrative du pays qui opère de haut en bas. L'échelle périphérique abrite la grande majorité de la population. C'est là que la demande est plus forte par contre le pouvoir bureaucratique et les dépenses y sont les plus faibles.

On peut noter une autre discrimination en ce qui concerne la protection sociale dont bénéficient exclusivement les fonctionnaires et les salariés du secteur moderne et leurs familles. Les ménages évoluant dans le secteur informel sont exclus de ce système d'assurance maladie alors que ces derniers constituent plus de 80% de la population. Ces populations sont plus exposées aux risques socio sanitaires d'autant plus qu'elles sont plus touchées par la pauvreté.

Le Sénégal est un pays pauvre avec un PIB par tête d'environ 600 US \$ en 2002 et 54% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Plus de 50% de la population active est toujours employée dans le secteur de l'agriculture alors que ce dernier ne contribue que pour 10% du PIB. L'incidence de la pauvreté du point de vue des ménages, varierait en zone rurale entre 72% et 88% alors qu'en zone urbaine, elle varie entre 44% et 59% (**DSRP, 2002**)⁷.

Quant on sait par ailleurs que le Sénégal, à l'image de plusieurs pays sous développés a été contraint sous les politiques d'ajustement structurel de se

7. République du Sénégal, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, 2001-2004

désengager dans plusieurs secteurs dont celui de la santé et d'adopter même une politique de décentralisation de neuf compétences.

Dans ce contexte le paiement des soins fut généralisé, la tarification fut consacrée depuis **l'Initiative de Bamako (IB)⁸ en septembre 1987**, sous l'impulsion de l'**UNICEF** de l'**OMS** et de la **Banque Mondiale**. La dévaluation du franc CFA intervenue en 1994 viendra rendre plus complexe la situation en diminuant le pouvoir d'achat des ménages.

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût auquel les populations le plus souvent ne peuvent pas faire face, étant ainsi victimes d'une exclusion temporaire, saisonnière ou partielle de l'accès aux soins. Les femmes et les enfants constituent les couches exclues des systèmes de soins car étant socialement, politiquement et économiquement vulnérables.

Quelques 600 000 femmes dans le monde décèdent chaque année des suites de complications survenues au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement. Plus de 50 millions de femmes souffrent de pathologies liées à la maternité, c'est à dire de complications graves de la grossesse sous formes d'affections maternelles aiguës, douloureuses, invalidantes et qui entraînent souvent des handicaps permanents. (OMS, Maternité sans risques : Mortalité pire qu'on l'imaginait, 1995). Au Sénégal ce taux est de 510 décès pour 100 000 naissances vivantes, Enquête Sénégalaise sur les indications de santé, (ESIS, 2000)

Selon l'**OMS (2004)⁹**, on estime que chaque année 3,9 millions de nouveaux nés décèdent au cours de leurs premiers mois de vie et que 98% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement, notamment l'Afrique et l'Asie. Au Sénégal la mortalité néonatale est de 31,4 ‰ et infantile 63,5‰. Cette situation est très préoccupante quand on sait que ces décès pourraient être évités si les femmes et les enfants avaient accès à des soins médicaux de base durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

Les déterminants principaux de la santé de la reproduction sont :

- **Les facteurs démographiques** : les taux de natalité restent élevés avec des grossesses fréquentes et rapprochées (selon l' **ESIS**, le taux brut de natalité, **TBN=42‰** et le taux global de fécondité générale, **TGFG=223‰**) tandis que

8. BM/OMS/UNICEF, 1987, L'Initiative de Bamako

9. OMS, 2004, Rapport sur la santé dans le monde

l'utilisation de la planification familiale et des autres moyens de contraception moderne tourne autour de 8%.

- **Les facteurs sanitaires** : les taux de mortalité maternels et infantiles inquiétants à cause de la mauvaise fréquentation des services de maternité, l'irrégularité dans les consultations prénatales et postnatales, le recours persistant à l'accouchement à domicile.
- **Les facteurs socio-économiques** : d'abord les pesanteurs socio-culturelles à savoir le manque d'information, l'ignorance et l'analphabétisme continuent d'entraver l'accès aux soins pour plusieurs femmes et enfants. Mais la pauvreté qui frappe le plus cette catégorie de personnes, qui sont économiquement vulnérables, leur empêche d'accéder aux ressources financières nécessaires à l'achat des soins

En réalité, parmi les facteurs que nous venons d'énumérer, les facteurs économiques et financiers pourraient se révéler les plus déterminants. Cette situation s'explique dans le changement de politique avec le passage d'économies planifiées à des économies ouvertes où « *l'Etat à tout faire* » est devenu simplement un « *Etat partenaire* ». Les populations confrontées à une pauvreté toujours persistante, sont laissées à elles mêmes et rencontrent plusieurs barrières économiques et financières dans l'accès aux soins et services de santé.

Pour venir à bout de ce fléau, le Sénégal a adopté une Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale en juin 1989 qui s'appuie sur l'approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire (**PNDS, 1998–2007**). Le Programme de Développement Intégré de la Santé (**PDIS**) dans sa 1^{ère} phase (**1998–2002**) qui est l'expression concrète des priorités en matière de santé accorde une large place à la santé de la reproduction.

A cela il faut ajouter la « gratuité des soins médicaux et obstétricaux » à partir de 2005 au niveau des régions de Kolda, de Ziguinchor, de Matam, de Fatick et de Tambacounda. Cette mesure salubre annoncée par le Ministre de la santé à l'occasion de la présentation de son budget devant l'Assemblée Nationale vise plutôt la protection de la santé maternelle et infantile dans ces régions touchées à la fois par la pauvreté et des niveaux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.

Les progrès sanitaires accomplis peuvent donc dans une bonne mesure être attribués aux politiques de santé mises en œuvre depuis les indépendances. Ces

politiques sont traduites à travers l'érection et le fonctionnement d'un système de santé.

Le système de santé au Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux : l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire, l'échelon régional qui correspond à la région médicale et l'échelon central.

- L'échelon périphérique ou district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de 15 à 20 postes de santé. Il couvre un espace géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le Sénégal compte 50 districts sanitaires. Chaque district sanitaire constitue une zone opérationnelle où s'appliquent les programmes de santé dans un cadre intégré et décentralisé. Il est piloté par une équipe cadre sous la coordination du médecin chef de district. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires des villages (cases de santé ou maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires ou de matrones qui ont été choisies.

- L'échelon intermédiaire ou régional : C'est une structure de coordination des activités de la région. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin chef qui assure un appui stratégique et technique aux districts. Les structures de références au niveau régional sont l'hôpital régional (09) et les hôpitaux départementaux (03).

- L'échelon central : C'est le niveau de définition des politiques et des orientations stratégiques. Il comprend outre le cabinet du Ministre et les services rattachés, les directions et services nationaux (**ESIS, 2000**).

L'analyse des indicateurs de moyens nous permet de considérer d'abord le personnel. En 1999 le Sénégal comptait 1 médecin pour 17 000 habitants, 1 infirmier pour 8 700 habitants, 1 sage-femme pour 4 600 femmes en âge de reproduction (FAR).

Sur le plan des *infrastructures*, la pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. En 1999, en terme de couverture passive, il y a : 1 poste de santé pour 115 000 habitants, 1 centre de santé pour 175 000 habitants, 1 hôpital pour 545 800 habitants.

En ce qui concerne le *budget*, les principales sources de financement de la santé sont l'Etat (53 %), l'aide extérieure (30 %), les populations (11 %), les collectivités locales (6 %). Entre 1996 et 1999 il est passé de 7,25 % à 7,85 % pour la même période alors que l'OMS recommande aux Etats de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la santé. Ce n'est qu'en 2002 que ce budget a atteint les 9%.

Ces indicateurs permettent de mesurer l'accès aux soins, la fréquentation et l'utilisation des services sanitaires, facteurs susceptibles d'influencer le niveau de santé des populations.

Les indicateurs de santé sont des données quantitatives ou qualitatives permettant de mesurer le niveau de santé des populations. C'est un instrument de programmation et de planification d'une politique de santé. La plupart des indicateurs sont des données « négatives » (morbidité, mortalité, incapacité, handicap et espérance de vie) ou des indices de ressources et d'équipement sanitaire (PICHERAL, 1989)¹⁰

Les indicateurs les plus fréquemment choisis sont la densité médicale et la desserte médicale

Ceux qui mesurent l'offre de soins en termes de densité médicale mettent l'accent sur les prestataires de soins ou les équipements (nombre de médecins ou de lits pour 100 000 habitants en général).

Les autres, c'est-à-dire ceux qui mesurent l'offre de soins en fonction de la desserte privilégient les usagers. Ils l'évaluent en termes de population desservie par un service ou par un praticien (nombre d'habitants pour un médecin ou nombre d'habitants pour un lit).

10. PICHERAL, 1989, La desserte en soins médicaux, variations socio-démographiques, Cahiers Géos N°16 P1-9

Pour le suivi et l'évaluation du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories à savoir les indicateurs de moyens financiers ; les indicateurs de couverture sanitaire ; les indicateurs de qualité et de couverture des services et les indicateurs d'impact.

A titre d'illustration le Sénégal compte 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux dont 07 à vocation nationale.

La situation sanitaire est caractérisée par des indicateurs suivants :

- taux de mortalité de 19 pour 1000 ;
- taux de natalité de 48 pour 1000 ;
- taux de mortalité infantile de 70 pour 1000 ;
- taux de mortalité infanto-juvénile de 140 pour 1000 ;
- taux de mortalité maternelle de 510 pour 100 000 naissances vivantes ;
- La prévalence du VIH est estimée à 1,4% ;
- L'indice synthétique de fécondité est de 5,2 ;

En outre, la proportion de naissances assistées par un personnel qualifié est de 59,5%. La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois est de 89% pour le BCG et de 52% pour le DTC3. Ces indicateurs sont établis grâce aux normes fixées par les planificateurs nationaux et internationaux.

Ces normes ont l'avantage de constituer des indicateurs commodes et surtout permettent de faire des comparaisons dans le temps et dans l'espace. Cependant il ne faut pas perdre de vue qu'elles comportent des lacunes par rapport aux réalités locales. En effet, l'analyse des indicateurs ne permet pas de ressortir les inégalités internes dans les zones étudiées.

Plusieurs initiatives visant spécialement la santé maternelle et infantile ont été prises. Les familles aussi bien que les individus accordent une importance capitale à la santé de la reproduction, à la fécondité, et à leur pouvoir génésique. C'est ainsi que de nombreux programmes ont été élaborés pour la santé des femmes et des enfants.

Dans cette même perspective, le « programme d'action » de la **Conférence Internationale sur la population et le développement (Caire, 1994)** avait reconnu combien il était impératif de répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de reproduction pour parvenir à un développement et à un épanouissement humain autant que social.

La conférence de Beijing sur les femmes en 1995 s'inscrit dans cette logique. Enfin, la **Troisième Conférence Africaine sur la Population** qui s'est tenue à Durban en Décembre 1999 présente la SR comme l'un des défis majeurs pour l'Afrique au 21^{ème} siècle. Cette situation est d'autant plus dramatique en Afrique qu'il y a la pandémie du SIDA qui touche plus 30 millions de personnes.

L'application des recommandations issues des conférences internationales sur la population, notamment du **Plan d'Action de Kilimandjaro**, a motivé l'adoption par le Sénégal de la **Déclaration de Politique de Population le 28 avril 1988**. La DPP constitue un cadre de référence dont l'exécution du programme « actions démographiques prioritaires » visait entre autres objectifs :

- L'amélioration de la qualité de vie et de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population ;
 - La réduction de la morbidité et de la mortalité par la mise en œuvre de programmes de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale ;
 - La réduction du taux de fécondité et du rythme de croissance démographique.
- (Ministère de la Santé Publique, 1988)¹¹.**

Malgré ces efforts, le problème de l'accessibilité financière aux soins pour les populations en général et pour les femmes et les enfants en particulier se pose toujours avec acuité. La mise en œuvre de ces activités ne peut-être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières. Avec la vulnérabilité de leurs économies, nous assistons à l'incapacité aussi bien de l'Etat que des familles à assumer le poids financier des programmes de SR.

Certes, selon l'**ESIS (2000)**, le budget de fonctionnement de la santé a connu une hausse entre 1996 et 1999 passant de 7,25% à 7,85%, mais ce taux était en deçà des 9% recommandés par l'**OMS**. Ce n'est qu'en 2001 que ce budget a atteint le seuil minimum de 09%.

11. Ministère de la Santé Publique, 1988, Déclaration de politique nationale de santé

Tableau1 :Couverture sanitaire : personnel / infrastructure / population

Catégorie	RATIO-SENEGAL	RATIO-OMS
Poste de santé	01 poste de santé / 11 500 habitants	01 poste de santé / 10 000 habitants
Centre de santé	01 centre de santé / 175 000 habitants	01 centre de santé / 50 000 habitants
Hôpital	01 hôpital / 545 000 habitants	01 hôpital / 150 000 habitants
Infirmier	01 infirmier / 8 700 habitants	01 infirmier / 300 habitants
Sage-femme	01 sage-femme / 4 600 femmes en âge de reproduction (FAR)	01 sage-femme / 300 femmes en âge de reproduction (FAR)
Médecin	01 médecin / 17 000 habitants	01 médecin / 5 000 à 10 000 habitants

Données : Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé, ESIS, 1999, Ministère de la Santé

En matière de santé de la reproduction, les critiques formulées s'adressent aussi aux programmes dont le contenu se réduit le plus souvent au rôle procréateur des femmes.

Toutefois, il y a lieu de préciser que le problème de la santé reproductive (SR) n'est pas une exclusivité féminine. Dans les années 80, suite à la **Déclaration de Philadelphie**, il y a eu l'émergence d'une approche genre qui prône l'égalité de l'homme et de la femme devant la santé, l'équité pour l'accès aux ressources et aux projets de bien-être familial. Déjà, en 1986, dans un article paru au quotidien le Soleil, l'ASBEF confirmait cela en ces termes : « l'objectif ultime étant de parvenir à une situation dans laquelle il ne sera plus nécessaire de mettre sur pied des programmes pour les femmes, mais où il conviendra d'élaborer des programmes pour couples, dans l'intérêt de la famille en tant qu'unité de la société » (ASBEF, 1998)¹².

En dépit des nobles et ambitieux programmes élaborés depuis lors, l'état sanitaire des populations reste alarmant

12. ASBEF, 1998, Rapport de l'atelier en genre et santé de la reproduction

Toutefois quelques lueurs d'espoir semblent se dessiner avec l'avènement des mutuelles de santé en 1990 avec la première mutuelle de santé de Fandène à Thiès. Le but poursuivi par les mutuelles de santé c'est de contribuer à la réduction de la pauvreté en permettant à toute personne qui en a besoin, d'accéder à des soins de santé de qualité quelque soit son niveau de revenus. La mutuelle de santé vise donc l'accessibilité financière aux soins et la protection sociale des couches vulnérables. Elle associe les pratiques traditionnelles d'entraide et de solidarité aux mécanismes de l'assurance.

Les mutuelles de santé ont connu un essor rapide durant cette dernière décennie. En 1998, différents partenaires : mutualistes, Etats, ONG, prestataires de soins, universitaires, se sont réunis en Côte d'Ivoire pour définir les stratégies d'appui au mouvement mutualiste naissant en Afrique : **"Plate forme d'Abidjan"(1998)**¹³.

Notre pays a matérialisé son engagement politique pour le développement des MS en **1997** par la mise en place du Projet d'Appui aux Mutuelles de Santé (PAMS), projet suivi par la création de la Cellule d'Appui aux Mutuelles et Comités de Santé (CAMICS). Le 15 avril **2003**, le Sénégal s'est doté d'un cadre juridique par l'adoption d'une loi relative aux mutuelles de santé. Enfin, grâce au concours de ses partenaires, un plan stratégique quinquennal pour le développement des mutuelles de santé a été adopté en juillet **2004**.

Les mutuelles de santé peuvent contribuer dans les domaines suivants :

- L'efficacité du secteur de soins,
- L'amélioration de la qualité des soins de santé,
- L'accès aux soins et l'extension de la protection sociale aux couches défavorisées de la population,
- La mobilisation des ressources locales et la création d'une demande solvable et structurée,
- La gouvernance démocratique : la mutuelle permet une représentation des utilisateurs des services de santé et favorise le dialogue,
- La prévention des risques de santé et leur réparation via l'assurance.

L'émergence des mutuelles de santé s'est faite suivant 3 phases : une phase de naissance des premières expériences avant 1994, une phase de diffusion

13. BIT-STEP-ACOPAM/WSM-ANMC, USAID/PHR, 1998, Plate forme d'Abidjan, Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique

comprise entre 1994 et 1998 et une phase d'engagement depuis 1998. De 19 mutuelles de santé (MS) répertoriées lors de l'inventaire de 1997, le nombre de MS fonctionnelles est passé à 28 en 2000, à 79 en 2003. Durant cette année, 30 MS étaient en cours de gestation, 18 à l'état de projet et 9 en difficultés. Ainsi 2004 le nombre de MS est porté à 120. (MSHP, 2004)¹⁴.

Les mutuelles de santé ont pour cibles les couches vulnérables exclues des systèmes formels de protection sociale. Elles visent un double défi : améliorer la santé des populations et trouver un financement alternatif mais durable aux soins. Mais le véritable problème de l'implantation des MS est de savoir comment organiser cette solidarité en tenant compte de la faiblesse des capacités d'investissement des communautés évoluant dans le secteur informel. Celles-ci étant les catégories les plus exposées à des éléments de naissance affectant la santé collective.

Dans le contexte actuel, les mutuelles sont confrontées à leur jeunesse et donc à des difficultés d'ordre technique, organisationnel et institutionnel. Si en Europe la protection est souvent remise en cause, car entraînant l'inflation des dépenses de santé et la surconsommation médicale, par contre, en Afrique, ce système se pose comme un enjeu de taille pour accéder aux soins pour la majorité des populations qui en sont exclues. C'est fort de ce constat que nous nous intéressons à juste raison aux capacités des MS à prendre en charge la santé maternelle et infantile. Et dans le cadre de cette recherche nous nous sommes posés la question à savoir : **« Comment les mutuelles de santé contribuent-elles à assurer l'accès aux soins et services en santé de la reproduction ? »**

1.2 JUSTIFICATION DU SUJET

La protection maternelle infantile est très préoccupante pour nos gouvernants et leurs partenaires. Tout développement doit passer nécessairement par l'amélioration de la santé maternelle et infantile qui sont des composantes essentielles de la santé publique. Les taux d'accroissement démographique de près de 2,5 %, restent très élevés et plus de la moitié de la population (55,6%) a moins de 20 ans, (RGPH III, 2002)¹⁵. En outre l'urbanisation rapide, la dégradation du milieu écologique, l'élargissement des poches de pauvreté et la précarité de l'état nutritionnel

14. MSHP, 2004, Plan Stratégique pour le Développement des Mutuelles de Santé

15. DPS, 2004, Recensement Général de la Population et de l'Habitat III, Résultats préliminaires

constituent un ensemble de facteurs qui ont des conséquences sur la situation sanitaire des populations notamment des femmes et des enfants.

Par ailleurs l'Etat, à travers les PAS, s'est désengagé et a même transféré beaucoup de compétences dont la santé qui, désormais doit être prise en charge par les collectivités locales. La participation à travers la tarification des soins est généralisée. Alors que seuls, 15 % de la population bénéficie d'un système d'assurance maladie ou de protection sociale.

Dans le secteur de la santé, cette crise se greffe à d'autres dysfonctionnements intrinsèques : faiblesse des ressources budgétaires, dispensaires et hôpitaux peu approvisionnés en médicaments, personnel médical et paramédical insuffisant et/ou peu qualifié. A cela s'ajoute l'absence de politique sanitaire cohérente et adaptée aux réalités locales.

C'est à la lumière de l'ensemble de ces facteurs que nous assistons à des taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile élevés. Face à cette situation, l'intérêt de trouver une solution alternative au financement des systèmes de santé à travers les MS mérite une attention particulière.

1.3 REVUE DE LA LITTERATURE

Plusieurs auteurs et spécialistes ont consacré des écrits sur les questions sanitaires et analysé les problèmes liés à l'offre de soins et à leur accessibilité pour les populations auxquelles ils sont destinés.

Notre revue de la littérature consiste d'abord à décrire le processus d'implantation de la médecine moderne au Sénégal comme partout ailleurs en Afrique de la colonisation à nos jours. Nous nous intéressons à la façon dont les auteurs ont analysé les différentes réformes qu'a connu le système de santé de même que les contextes politiques, socio-économiques qui ont eu des répercussions sur la santé publique.

Nous évoquons le discours construit sur la santé de la reproduction et sur les initiatives prises pour endiguer les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Parmi ces initiatives, nous abordons l'avènement des mutuelles de santé, leur émergence, leur développement et leurs capacités à favoriser un financement communautaire de la santé et plus précisément leur potentiel à assurer l'accès aux soins et services en santé de la reproduction.

Il est reconnu par tous que la santé constitue un socle obligé de tout développement équilibré et durable. Conçue à la fois comme une science et un art, la santé publique est « *la somme des efforts organisés d'une collectivité ayant pour but de prévenir les maladies, d'améliorer la santé physique et mentale de la population, de prolonger l'espérance de vie des individus dans un cadre assaini. L'objectif poursuivi est également de faciliter l'accès aux services de santé et de permettre à chaque individu de jouir du droit fondamental à la santé et à la longévité* » (Dr A. B. SY, 1991)¹⁶.

La santé publique se présente alors comme un ensemble d'outils et de techniques reposant sur les connaissances biomédicales et destinées à protéger, à maintenir et à développer le niveau de santé des populations.

Selon le sociologue HOURS (1992)¹⁷, « *ce but général ne présume pas de différents caractères de populations fort diverses tant par leur société d'appartenance et leur histoire que par leur environnement naturel* ». En effet pour lui, l'histoire de la santé publique révèle des évolutions variées qui sont largement tributaires du contexte global d'une période et en particulier du contexte idéologique des représentations dominantes.

Une circulaire ministérielle du 10 décembre 1924 affirme : « *il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité* ». Cette formule reflète l'approche vétérinaire coloniale telle que décrite par LANDAIS (1990)¹⁸. Plusieurs auteurs ont analysé les préoccupations sanitaires coloniales comme une extension de la « *mise en valeur* », d'abord agricole puis largement économique, aux hommes : travailleurs des plantations, constructeurs de routes et de voies ferrées (DOZON, 1985)¹⁹.

A mesure que les industries et les marchés de la métropole se développent, les forces productives des peuples colonisés appellent une attention croissante pour les maintenir, les développer en vue d'une optimisation des rendements.

En outre, partant du constat selon lequel l'Afrique constitue un monde « *peu salubre* », peuplé d'étranges maladies, la médecine coloniale fut une médecine de masse, préventive et mobile. La maladie n'est pas considérée comme une pathologie singulière mais comme porteuse de germe pour la collectivité. L'homme vecteur parmi d'autres (bétail, moustiques) est d'abord un danger pour sa propre espèce,

16. SY, 1991, Quelle santé pour l'Afrique ? Afrique Espoir N°2, P2

17. HOURS, 1992, Anthropologie et santé publique, Cahiers des sciences humaines, Vol1, P123

18. LANDAIS, 1990, Sur les doctrines des vétérinaires coloniaux français en Afrique, Cahiers des sciences humaines, Vol 26, P33-71

19. DOZON, 1985, Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil

avant d'être un sujet souffrant, en parlant de mal comme l'entendent les anthropologues (**AUGE et HERZLICH, 1984**)²⁰.

L'action sanitaire coloniale était plutôt l'affaire des militaires et des administrateurs coloniaux sans pratiquement aucune participation de la population (**LERBERGUE et PANGU, 1988**)²¹.

Selon **Fournier et Haddad (1995)**²² « *La colonisation avait introduit la médecine occidentale qui comporte habituellement trois secteurs correspondant à autant de préoccupations sanitaires distinctes :*

- 1) *les services aux expatriés, destinés à leur permettre de séjourner dans des contrées où les risques pour la santé sont nouveaux et nombreux ;*
- 2) *les services aux travailleurs, ayant pour objet de préserver la force de travail ;*
- 3) *le contrôle des grandes endémies qui vise à éviter des perturbations socio-économiques majeures. »*

Avec l'accession aux indépendances, il y a eu une unanimité sur la nécessité d'étendre et de développer les services existants et, dans certains cas, on se préoccupe d'établir des liens entre les systèmes de santé traditionnels et la médecine moderne. L'amélioration de l'accessibilité des services constituait la principale préoccupation d'où la gratuité des soins et services de santé. En effet, selon **DE LA MOUSSAYE et JACQUEMOT (1993)**²³, le modèle sanitaire colonial a été globalement reconduit. Au lendemain des indépendances, les pays africains ont estimé que la santé était un enjeu important de la construction nationale. L'accès aux soins était considéré comme un « *droit* ».

Selon **MBURU (1981)**²⁴, les élites parvenues au pouvoir n'ont fait que pérenniser cet état de fait en élaborant des programmes verticalistes basés sur le modèle hospitalo-universitaire axé sur les soins curatifs (trop d'hôpitaux, coûts excessifs, inégalités dans la distribution). Durant cette période, on a assisté au développement de l'offre de soins en faveur des populations urbaines. La concentration relative des moyens de santé dans les villes en faveur des grands

20. AUGE et HERZLICH, 1984, *Le sens du mal*, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie, Paris, Editions des archives contemporaines

21. LERBERGUE, PANGU et al. 1988, *Les politiques de santé*, Paris, l'Harmattan

22. FOURNIER et HADDAD, 1995, *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*, in *Sociologie des populations*, P289-323

23. DE LA MOUSSAYE et JACQUEMOT, 1993, *Politiques de santé : les trois options stratégiques*, Afrique contemporaine, N°166, P15-25

24. MBURU, 1981, *Implication of the ideology and implementation of health in a developing country*, *Social science and medicine*, P17-24

centres hospitaliers rend évidemment les soins de santé difficilement accessibles à la majorité de la population rurale.

« *Les politiques de santé ne sont alors ni pensées, ni élaborées en fonction des destinataires. En outre les contraintes des ressources étaient alors soit faibles, soit ignorées le plus souvent* » (KADDAR, 1996)²⁵.

La mauvaise distribution des soins de santé, de même que l'inadéquation du modèle hospitalier aux besoins et aux ressources, vont aboutir à une révision des politiques sanitaires. A la fin des années 1970, on commence à revoir les stratégies de développement des services de santé. Les économies et les termes de l'échange se dégradent, le poids de la dette publique atteint souvent des niveaux critiques, les ressources consacrées au secteur de la santé stagnent ou plus souvent régressent et les grandes ambitions des années précédentes apparaissent de plus en plus difficiles à atteindre. Cette révision des politiques sanitaires débouche sur les *soins de santé primaires* (Alma Ata, 1978)²⁶.

La Conférence d'Alma Ata, organisée par l'OMS et l'UNICEF, a proposé de rompre avec le modèle urbain et hospitalier classique pour parvenir à la « *santé pour tous pour l'an 2000* ». Pour ce faire, elle a recommandé la promotion d'une politique de soins de santé primaires (SSP) définis comme « *des soins fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement* ».

En 1987, sous l'impulsion de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque Mondiale, 31 pays ont adopté l'**Initiative de Bamako**. Cette initiative est une stratégie pour renforcer la mise en œuvre de la politique des SSP. Cette politique vise la participation financière des usagers dans le recouvrement des coûts des médicaments dits essentiels ou génériques et l'autonomisation des structures sanitaires.

Cette réforme préconise, suivant l'avis de la plupart des agences d'aide bilatérale, la participation des ménages et des individus à la prise en charge de leur propre santé et de leur propre bien être comme ceux de la communauté.

23. KADDAR, 1996, Economie de la santé des pays d'Afrique subsaharienne, Cahiers santé N°6, P 337-339

26. OMS, 1978, Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les SSP, Alma Ata

Dans un rapport intitulé : « **Pour une meilleure santé en Afrique** », la Banque Mondiale (1992)²⁷ défend l'idée selon laquelle : les gouvernements africains devront accepter désormais l'existence de deux sous-systèmes de santé séparés, l'un entièrement privé financé par des gens relativement aisés, et l'autre par la grande majorité de la population. Ce courant libéral préconisé par la BM considère que les lois du marché pouvaient, pour l'essentiel, s'appliquer au secteur de la santé en fixant le prix des services sanitaires au niveau de leur coût réel (BM, 1993)²⁸.

Pour BRUNET-JAILLY, (1999),²⁹ « Il faut dire que ce genre d'argument ne fournit une véritable justification de politique proposée qu'à ceux qui en sont partisans. Il est plausible que les gens qui en ont les moyens soient disposés à payer les soins dont ils bénéficient. Il est moins évident que les finances du secteur public s'en trouveront sensiblement renflouées et encore moins évident que d'éventuelles ressources supplémentaires, recueillies grâce aux activités curatives les plus demandées soient affectées par les formations sanitaires considérées – généralement des hôpitaux urbains – à des activités préventives bénéficiant aux plus pauvres des faubourgs délaissés ou des campagnes ».

Cette réforme intervient dans un contexte où la plupart des Etats, dans le cadre des PAS, ont adopté une politique de décentralisation de plusieurs secteurs dont celui de la santé. Ainsi nous assistons à un véritable changement de politique avec le passage d'un *Etat à tout faire* à un *Etat partenaire*, du slogan de *santé pour tous* à *une santé par tous*.

Désormais la participation figure en bonne place dans les politiques de santé publique. En effet, la 40^{ème} Assemblée Mondiale de la santé et la 2^{ème} Conférence des ministres africains de la santé tenue au Caire en avril 1987, qui ont débattu de l'appui économique aux stratégies de santé ont formulé aux pays entre autres recommandations :

- *d'encourager les initiatives visant à mobiliser les ressources (humaines, matérielles et financières) additionnelles pour la santé et le développement dans les collectivités locales ;*

27. BM, 1992, Pour une meilleure santé en Afrique, Washington D.C.

28. BM, 1993, Investir dans la santé, Résumé du 16^{ème} Rapport, Washington D.C.

29. BRUNET-JAILLY, 1999, La BM a-t-elle une stratégie en matière de santé, RISS, P360.

- *d'utiliser les organisations locales, sociales et politiques pour mobiliser les populations et les communautés appelées à participer à la promotion de leur santé et de leur développement.*

Dans notre pays, l'on doit souligner l'importante réforme de l'administration territoriale et locale en 1972 par la **loi 72-02** et renforcée en 1996 par La **loi 96 – 07** qui consacre la décentralisation , la déconcentration, la participation responsable des populations et la régionalisation des plans de développement socio-économiques intégrés.

Mais cette décentralisation et cette participation chantées à outrance ne laissent indifférents certains observateurs. Beaucoup de chercheurs à l'image de **Paul GIGASE (1987)³⁰**, voient dans la décentralisation ou plutôt dans la participation un prétexte aisé des gouvernants pour se soustraire de leurs obligations dans le domaine de la santé en vers leurs citoyens en assimilant responsabilité et autofinancement.

Pour **A.T.THIAM (1996)³¹**, le PAS n'a pas augmenté le pourcentage des ressources publiques consacrées à la santé. Il a cependant contribué sinon favorisé le transfert d'une bonne partie des dépenses de santé aux populations elles-mêmes.

Ce transfert de la charge budgétaire à l'Etat est assez préoccupant quant on sait que la majorité de la population est confrontée au phénomène de la pauvreté. Selon l'**ESAM II (DPS, 1996)³²**, 57% des ménages sont pauvres. Cette situation est rendue plus complexe par la dévaluation du franc CFA qui a réduit drastiquement le pouvoir d'achat des ménages. Par ailleurs plus de 80% des sénégalais ne sont pas couverts par une assurance maladie (**MSPM, 2004**).

Tous ces facteurs ont des conséquences néfastes sur le fonctionnement de nos systèmes de santé. Les indicateurs sanitaires montrent des taux de morbidité et de mortalité extrêmement élevés au Sénégal comme partout ailleurs en Afrique.

L. G. SAMBO (2005)³³, s'exprimant lors de la première édition du *Rapport sur la santé en Afrique de 2005*, présente le panorama sanitaire de l'Afrique et affirme que notre continent est confronté à de grands défis sanitaires. Ces défis sont nombreux

30. GIGASE, 1987, Les fondements des soins de santé primaires : Exigences, objectifs ou mythes, in Santé, médicament et développement, les SSP à l'épreuve des faits, (Dir) DESTEXHE, LSF

31. THIAM, 1996, Etude de cas sur l'ajustement structurel au Sénégal, Groupe de travail des ONG à la BM

32 DPS, 1996, Enquête sénégalaise auprès des ménages, (ESAM), Rapport des synthèses

33. SAMBO, Présentation du premier Rapport, OMS, Région Afrique

et importants : « *les systèmes de santé sont défaillants et décousus, les ressources insuffisantes pour accroître les interventions, l'accès limité aux services de santé et à la technologie, une mauvaise gestion des ressources humaines et une mauvaise application des politiques de santé.* » Il n'a pas manqué de souligner aussi l'extrême pauvreté dans laquelle est plongée la majorité de la population. C'est pourquoi, suivant son analyse, l'Afrique reste la région la plus affectée par la triade VIH/SIDA, tuberculose, paludisme. Aussi notre continent porte le plus lourd fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.

Dans ce contexte ce sont en effet, les femmes et les enfants qui sont le plus victimes du mauvais état sanitaire. Car ils constituent les catégories sociales les plus défavorisées sur les plans économique, social et politique.

En Afrique de l'Ouest et de l'Est les chiffres de mortalité maternelle sont les plus élevés au monde puisque plus de 1 000 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes contre 0 à 11 décès pour 100 000 naissances enregistrées en Europe du Nord (OMS, 1998).

Selon l'**UNICEF (2005)**³⁴, « toutes les quatre heures en moyenne, une femme meurt au Sénégal en donnant la vie et dans la plupart des cas, l'enfant risque de mourir au cours de l'année suivante. »

En réalité, l'accessibilité financière aux soins de santé se pose avec acuité. Les populations confrontées à une pauvreté persistante supportent mal les charges financières liées à la santé. Les contraintes d'accessibilité financière aux soins de santé se manifestent sous diverses formes d'exclusions : exclusion temporaire, exclusion saisonnière ou exclusion partielle. Par ailleurs le dispositif prévu pour la prise en charge des cas sociaux et des indigents dans les structures sanitaires n'existent plus et n'a jamais réellement bien fonctionné.

Déjà en **1991**, le **Dr SY** préconisait que les dépenses de santé soient prises en charges de façon solidaire compte tenu de leur caractère onéreux.

Selon le **BIT-STEP (2003)**³⁵, « depuis de nombreuses années les populations, exclues des systèmes de protection sociale et la communauté internationale se sont mobilisées afin de trouver des solutions au double défi de l'amélioration de la santé et du financement durable des soins de santé, en particulier en Afrique. On assiste depuis le début des années 90 à l'essor de nombreux systèmes de protection sociale

34. UNICEF, 2005, Rapport sur la mortalité infantile

35. BIT-STEP, 2003, Guide de gestion des mutuelles des santé en Afrique, Genève

créés par d'autres acteurs que les Etats : les communautés, les ONG, les organisations d'employeurs et de travailleurs, les institutions de micro finance, etc. »

L'on a constaté ce vif intérêt pour le financement communautaire de la santé quand la Commission de Macroéconomie et de santé a recommandé que les paiements par les usagers soient de plus en plus canalisés à travers des mutuelles de santé (OMS, 2001)³⁶. C'est dans ce contexte donc qu'il faut comprendre l'initiation et l'impulsion de la mutualité dans la dynamique de recherche de sources de financements alternatives et viables pour le secteur de la santé.

Les mutuelles de santé constituent l'un des mécanismes de protection contre les risques liés à la maladie. En associant les pratiques traditionnelles d'entraide et de solidarité aux principes de l'assurance, les mutuelles de santé offrent sans doute de grandes capacités à assurer une meilleure accessibilité aux soins de santé. En effet, les mutuelles de santé qui peuvent être assimilées à des systèmes d'assurance maladie ou de sécurité sociale ont pour principe de garantir aux travailleurs et à leurs familles, le risque susceptible de diminuer leurs revenus et à couvrir les charges de maternité qu'ils supportent.

Conscients du rôle que peuvent jouer les mutuelles de santé dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables et dans la réduction de la pauvreté, différents partenaires internationaux ont défini des stratégies résumées dans la **Plate forme d'Abidjan (1998)** pour appuyer le mouvement mutualiste naissant en Afrique.

Au niveau interne l'Etat a matérialisé son engagement en faveur du développement des mutuelles de santé à travers le Programme d'appui aux Mutuelles de Santé (**PAMS, 1998**). En plus du cadre institutionnel, le Sénégal s'est doté d'un cadre juridique par la loi relative aux MS. Il y a lieu de souligner aussi qu'en 2004, avec le concours de plusieurs acteurs en matière de mutuelles de santé, un **Plan Stratégique pour le développement des Mutuelles de Santé** pour une période de cinq ans (2005-2009) a été élaboré. C'est ainsi que le **PDIS**, s'est fixé comme objectif entre autres, la réduction de la protection de la maternité à travers la promotion des mutuelles de santé.

En dépit de la volonté politique et des efforts consentis par les partenaires, plusieurs difficultés subsistent et sont susceptibles de compromettre le

36. OMS, 2001, Rapport de la Commission Macroéconomie et santé sur le financement communautaire des soins de santé, Genève

développement et la viabilité des mutuelles de santé. Le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé a mis en exergue de nombreuses faiblesses parmi lesquelles on peut noter :

- la faiblesse de l'appui de l'Etat où il faut signaler l'absence de subvention et de mise en place d'un fonds de garantie ;
- l'absence d'une politique de contractualisation permettant de faciliter les relations entre MS et les prestataires de soins ;
- faiblesses des relations entre les MS et les collectivités locales ;
- faiblesse du taux de pénétration des populations cibles ;
- déficit de la communication et de la sensibilisation et l'insuffisance des systèmes d'information et de suivi ;
- faiblesse de la capacité contributive des membres ;
- bénévolat des membres des organes de gestion et leur faiblesse en formation dans la gestion administrative et financière (d'où les dysfonctionnements notés çà et là).

A coté de ces faiblesses, les mutuelles de santé en Afrique se caractérisent par leur jeunesse et leur petite taille. Dans son intervention lors du Forum de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, (**Bamako, 2004**), **Bart CRIEL**³⁷, souligne le fait que « *la taille des mutuelles reste modeste, trop modeste. La grande majorité d'entre elles ne compte pas plus de quelques centaines de bénéficiaires, et 95% moins de 1000 membres. Il est donc difficile de couvrir de façon efficace et durable des risques coûteux, comme les hospitalisations dans des structures de deuxième ligne équipées d'un plateau technique adéquat.* »

Les mutuelles de santé selon cet observateur doivent aussi relever les défis suivants :

- la gestion de la participation communautaire et sociale à l'effort de la santé ;
- la confiance des membres
- la prise en charge des soins de santé des indigents
- la protection des revenus et le financement de la santé
- la promotion d'un système de santé local efficace et intégré

37. CRIEL, 2005, Actes du Forum de Bamako, Courrier de la Concertation, N°14

C'est cet impact des mutuelles de santé dans l'accès aux soins et services de santé que nous envisageons de mesurer. Mais au terme de notre revue, il apparaît que rares sont les études ou recherches qui sont axées spécifiquement sur la prise en charge de la Santé de la reproduction par les mutuelles de santé.

1.4 CADRE CONCEPTUEL

1.4.1 SANTE :

La santé est une notion difficile à définir du fait qu'elle couvre des réalités différentes en fonction de chaque société. C'est ce que note **CLOUTIER (1994)**³⁸ quand il affirme que « la notion même de santé demeure une problématique en ce sens qu'elle est en quelque sorte indéfinissable et qu'elle est imbriquée à tous les niveaux du social et de l'intervention humaine. Elle relève du domaine médical, religieux et juridique. Chaque société accorde à l'un de ces niveaux la priorité ».

Pour le praticien, la santé pourrait se définir par l'absence de symptômes qui caractérisent les maladies (**Cloutier, 1994**). Mais **BARAL (1977)**³⁹ réfute cette affirmation car selon lui, le développement psychosomatique pose la limite de cette définition.

Pour l'**OMS, (1995)**⁴⁰ «la santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Outre cette définition l'OMS pose la possession d'un meilleur état de santé comme l'un des droits fondamentaux pour tout être humain. De cette acception l'on peut retenir que la notion de santé est relative et ambiguë, car liée à l'imagination et à la représentation sociale.

38. CLOUTIER, 1994, L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur des soins de santé, le cas des femmes des Ndjaména, Centre Sahel Québec

39. BARAL, 1977, Economie de la santé faits et chiffres, Paris, Dunod

40. OMS, 1995, Rapport sur la maternité sans risque : Mortalité pire qu'on l'imaginait

1.4.2 SANTE DE REPRODUCTION

La santé reproductive, selon le rapport de l'atelier sur genre et santé de la reproduction (ASBEF, 1998) est en relation directe avec le concept de santé maternelle et infantile mais va au delà de ce terme. Car la notion de «mère et enfant » laisse la place à «l'individu aux différents âges de la vie » qui peut avoir des problèmes liés à son appareil génital, au fonctionnement de celui-ci et aux fonctions qu'il confère. »

En 1994 au Caire, la SR a été définie ainsi : « Bien-être général, tant physique, mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies et d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux MST ».

Cette définition de la SR en référence au concept de la santé énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 a été reprise par l'OMS : « la santé de la reproduction en référence au concept de santé n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladies ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risque et que la reproduction ait une issue heureuse avec le survie des enfants et une croissance satisfaisante. Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger.

La région Afrique de l'OMS a défini quatre composantes pour la santé de la reproduction. La santé maternelle et infantile, la planification familiale, la santé sexuelle, la lutte contre les MST /SIDA.

En ce qui concerne le Sénégal, l'orientation du PDIS relative à l'accroissement des performances du programme SR s'articule autour de trois grands volets : la maternité à moindre risque, la planification familiale et la santé des adolescents.

Notre étude va s'appuyer sur les composantes suivantes : la Planification familiale, les soins prénatals, les services accouchement, les soins postnatals, la prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA, les traitements de l'avortement et de la stérilité.

Une bonne santé de la reproduction exige que les hommes et les femmes aient accès à des informations et à des services de santé dignes de ce nom. En outre, la disponibilité des ressources financières mobilisées dans le cadre d'un financement communautaire pour couvrir les frais est tout aussi déterminante. C'est pourquoi l'accès aux soins et services en SR constitue à travers cette étude, la variable dépendante.

1.4.3 LA MUTUELLE DE SANTE :

Une mutuelle de santé est une association de personnes volontaires, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents. Au moyen de la cotisation des adhérents, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue d'assurer la prévention des risques liés à la maladie ainsi que la prise en charge de leurs conséquences et la promotion de la santé.

La mutuelle de santé repose sur quatre grands principes : la solidarité, la liberté, l'indépendance et la démocratie (ou participation). Il existe deux types : les mutuelles au 1^{er} franc, ou communautaires et les mutuelles complémentaires. Ex : la mutuelle de santé des agents de l'Etat qui prend en charge le 1 / 5 non couvert.

La liste des services offerts par la mutuelle de santé est établie en fonction de trois facteurs essentiels :

- Les besoins de santé de la population cible : quels risques la mutuelle veut-elle couvrir ?
- L'offre existante en matière de santé : qui fournira les services de santé aux bénéficiaires futurs ?
- La capacité de contribution financière des adhérents : combien paieront les adhérents pour ces services et comment se fera cette contribution ?

Une liste commune des services offerts par une mutuelle de santé comprend :

Les soins de santé primaires (SSP)

Les SSP sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les cases, postes ou centres de santé, premier point de contact avec les systèmes de santé. Ils comportent :

- **Les soins préventifs et promotionnels** qui désignent les consultations pré et postnatales, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement
- **Les soins curatifs** sont essentiellement les consultations, les soins infirmiers, les médicaments et quelques analyses de laboratoires. Parfois on y ajoute la petite hospitalisation dans les centres de santé et les accouchements assistés.
- La prise en charge des enfants souffrant de **malnutrition**

Les soins de santé secondaires et spécialisés

Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les désigne par l'appellation de « gros risques ». Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques tels que la radiologie et la biologie clinique qui sont dispensés, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à titre externe (visite du patient). Les soins dentaires peuvent aussi être couverts par la mutuelle.

Les médicaments

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Étant donné la disparité de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des spécialités couvertes suivant la liste des médicaments essentiels établis par le ministère de la santé et par l'OMS.

Le transport des malades ou évacuations

Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des bénéficiaires malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital le plus proche, dans le cadre d'une référence.

Autres risques sociaux

Certaines mutuelles couvrent aussi d'autres risques sociaux auxquels leurs bénéficiaires sont exposés. Ainsi la mutuelle peut octroyer des allocations de types forfaitaires (indemnités) à l'occasion de certains événements comme la naissance et le mariage. Parmi les autres risques sociaux pouvant être couverts par la mutualité on peut citer :

- L'incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident (allocation journalière)
- L'invalidité (rente périodique)
- La vieillesse (allocation de pension)
- Le décès (allocation et services funéraires)

1.4.4 SOINS ET SERVICES DE SANTE :

Soins : Tout acte médical visant à restaurer la santé d'un malade

Services de santé : Ce sont les institutions permanentes organisées en réseau selon la structure administrative d'un pays : postes de santé, dispensaires, maternités, centre de santé, hôpital régional, hôpital de référence, ONG / OCB

1.4.5 ACCES ET RECOURS AUX SOINS :

Accès aux soins : C'est la capacité maternelle d'accéder aux services de santé. L'accessibilité traduit la possibilité physique de recourir aux institutions de soins. On parle d'accessibilité :

- Physique ou géographique : qui est fonction du couple distance / temps parcouru pour accéder au service ;
- Economique et financière : Concernant le rapport entre le coût des prestations et niveau de revenus des usagers ;
- Administrative : C'est la réglementation / déréglementation pour inhiber ou faciliter le choix des usagers ;

- Cognitive : Etat de connaissance des points de prestations de soins et services offerts ;
- Psychosociologique : Attitudes qui favorisent ou freinent l'utilisation : culture, sexe, religion ;

Recours aux soins : c'est l'appel aux services de santé et au système de soins. Elle est l'expression et la manifestation de la morbidité ressentie et/ou diagnostiquée qui se traduit par une consommation médicale. L'analyse du recours aux soins permet de cerner l'incidence entre une desserte médicale (espace médical des structures de soins qui est l'aire de prestation) et l'espace sanitaire des populations qui correspond à leur aire de recours aux soins. Cela permet de déterminer les zones de concentration, de polarisation et de marginalisation dans le système de soins.

1.5 MODELE D'ANALYSE

La santé pendant longtemps a été considérée comme un domaine exclusivement réservé à la médecine. De ce fait, les dimensions sociale, économique et culturelle du recours aux soins et de l'exercice des professions médicales ont été systématiquement négligées. C'est là une des explications des dysfonctionnements constatés dans ce secteur. Mais on commence tout juste à comprendre dans les milieux médicaux que la résolution de ces difficultés exige le recours à d'autres professionnels : sociologues, anthropologues, géographes, économistes, juristes.

Notre recherche à d'abord pour fondement théorique l'économie de la santé. En effet l'économie de la santé tente de répartir de façon rationnelle les ressources permettant de lutter contre les pires formes de morbidité ou de les prévenir, au moindre coût. Parmi les auteurs qui ont animé cette nouvelle discipline, on peut citer **LABOUDETTE (1988)⁴¹**, **Miloud KADDAR** et **Yves Antoine FLORI (1996)⁴²**. L'on se demande d'ailleurs si l'économie de la santé n'est pas une composante de l'économie du développement ; la santé étant une résultante ou une condition du développement. L'économie de la santé ne s'occupe pas seulement de l'économie des services mais de toutes les activités qui relèvent de la santé : la demande de soins pour les ménages et les individus, la consommation médicale, la participation

41. LABOUDETTE, 1988, Economie de la santé, PUF

42. FLORI et KADDAR, Economie des systèmes de santé des pays en développement : Quelle contribution des travaux publiés en français, Cahiers Santé, N°6

financière à travers le paiement direct des soins... par ex : l'Initiative de Bamako où les ménages doivent désormais prendre en charge les dépenses de santé transférées par l'Etat.

Par ailleurs, la santé fait référence aux représentations, aux interprétations et fait appel à une vision du monde ; c'est pourquoi nous allons faire appel à l'Anthropologie médicale avec des auteurs comme **Jean Pierre Olivier de Sardan**, **Robert Farr (1977)**⁴³, **Augé**, et **Claudine Herzlich (1984)**

La santé fait l'objet d'un discours interprétatif sur la maladie, le malheur suivant des causes objectives ou subjectives : dues à l'homme, à l'environnement ou aux esprits maléfiques. Suivant **Robert Farr et Jean Pierre Olivier de Sardan (1977)** qui parlent des processus d'attribution, l'individu s'attribue à lui même la responsabilité des évènements positifs et attribue à l'extérieur la responsabilité des évènements négatifs.

La santé fait référence comme **Herzlich (1984)** le souligne à une vision du monde, vision entre le rapport biologique et social où la maladie est imputée à la société agressive et contraignante : mode de vie urbain, malsain, air pollué, nourriture chimique et frelatée...

L'autre représentation concerne les thérapies : comment les gens se soignent ou sont soignés ? Comment ils se représentent le corps médical d'où un rapport entre la science (pensée savante) et le sens commun avec le profane. Selon **Augé (1984)**, l'anthropologie nous apprend que la maladie entraîne donc toujours une interrogation qui dépasse le corps individuel et le diagnostic médical. Elle suscite toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes et plus encore à son sens : « pourquoi moi », « pourquoi lui », « pourquoi ici », « pourquoi maintenant », autant de questions qui nécessite une interpellation collective, complexe et continuelle sur le sens la maladie, de la santé et du corps.

43. FARR et DE SARDAN, 1977, Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social

Dans le cadre de cette étude, nous allons nous focaliser sur les représentations des risques- maladies, des affections qui ne doivent plus être l'affaire de l'individu uniquement mais requièrent une réponse collective. C'est la solidarité et l'entraide (mutualité) pour gérer les inégalités devant la maladie et le malheur.

En ce qui concerne la sociologie, la santé est enjeu de pouvoir, où s'effectuent des pratiques de distinction, de compétition. Par exemple, l'Etat, en définissant une politique de santé peut être guidé par le souci de santé publique, mais à travers cette politique il exerce un contrôle social sur les gouvernés. Ex : le système sanitaire post indépendance comme stratégie de construction nationale. Toutefois, les communautés en s'organisant, à travers le mouvement mutualiste, veulent accéder aux soins mais en même temps veulent gagner leur autonomie et à travers une participation à l'effort de santé.

Par ailleurs avec la conjoncture difficile et le désengagement de l'Etat, l'instauration d'un paiement généralisé des soins est hasardeuse quand on sait d'ailleurs que la pauvreté persiste. Les ménages adoptent alors des comportements de survie, innovent.

Les choix économiques (payer tel médicament, soins ou prestations) font l'objet d'arbitrage, de négociation au sein des ménages ou communautés. C'est pourquoi nous ferons appel à l'analyse stratégique de **Crozier et Friedberg (1981)**⁴⁴ qui nous permettra de mieux saisir la complexité, l'inventivité et la rationalité qui traversent le comportement de l'acteur, des populations, des ménages (*Théorie des jeux*).

Dans l'interprétation nous solliciterons le schème actantiel de **Jean Michel Berthelot (1990)**⁴⁵.

1.6. Définition opérationnelle des variables

Après avoir défini le cadre théorique dans lequel se situe notre étude, nous retiendrons deux principales variables l'une dépendante : **l'accès aux soins et services en matière de santé reproductive** ; l'autre indépendante : **les mutuelles de santé**.

Les indicateurs que l'on peut trouver à chacune de ces variables sont les suivants :

Pour les **mutuelles de santé**, la gamme de soins et services offerts comprend :

44. CROZIER et FRIEDBERG, 1981, L'acteur et le système, Le Seuil, 1977

45. BERTHELOT, 1990, L'intelligence du social, PUF

- **les visites médicales périodiques**
- **les soins prénatals**
- **les soins postnatals**
- **les accouchements simples et compliqués**
- **la planification familiale**
- **les médicaments**
- **les services d'ambulance (évacuations)**
- **l'hospitalisation (généralement avec limitations)**
- **les tests de laboratoire et analyses**
- **les vaccinations**
- **les informations générales et l'éducation en matière de santé**

Pour ceux qui concerne les **soins et services en matière de SR** et s'inspirant des composantes définies par l'**OMS (1994)**⁴⁶, nous retiendrons :

- **les services relatifs à la planification familiale**
- **les soins prénatals**
- **les services liés à l'accouchement**
- **les soins post-natals dispensés aux nourrissons et aux femmes**
- **la prévention et le traitement des IST, VIH et SIDA**
- **les soins liés à l'avortement**
- **le traitement de la stérilité**

Ces variables et leurs indicateurs respectifs devront nous permettre de construire notre questionnaire.

40. OMS, 1994, Rapport sur la maternité sans risque : Soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé, Guide pratique, Genève

1.7 OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.7.1 Objectif Général : C'est d'évaluer les capacités des MS à assurer l'accès aux soins et services en santé de la reproduction.

1.7.2 Objectifs spécifiques :

OS1 : Connaître le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles dans la zone d'étude, la population couverte et le nombre de femmes et d'enfants bénéficiaires.

OS2 : Connaître les services et soins en matières de SR offerts et le nombre de femmes et d'enfants bénéficiaires de ces prestations.

OS3 : Evaluer le niveau de prise en charge des besoins en santé de la reproduction à travers les mutuelles de santé opérationnelles dans le milieu d'étude.

1.8 HYPOTHESE

Les mutuelles de santé, en constituant un mode de financement alternatif de la santé, contribuent à assurer l'accès aux soins et services en santé de la reproduction.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Dans cette partie nous allons exposer les choix méthodologiques opérés, présenter l'univers de l'enquête et la stratégie de recherche adoptée et enfin faire part des difficultés et limites de recherche.

2.1 UNIVERS DE L'ENQUETE

Il s'agit ici de présenter dans un premier temps le cadre de l'étude, ensuite la population parent et enfin l'échantillonnage.

2.1.1 Cadre d'étude

Nous allons d'abord faire une présentation générale de la région de Thiès et mettre ensuite l'accent sur les aspects sanitaires de la zone.

2.1.1.1 Présentation générale de Thiès

La région de Thiès, vaste de 6610 km² soit 3, 32 % de la superficie du Sénégal est limitée à l'est par les régions de Diourbel et de Fatick ; à l'ouest par la région de Dakar et l'océan Atlantique, au nord par la région de Louga et au sud par la région de Fatick.

Du point de vue administratif, la région de Thiès comprend 3 départements, 10 communes, 10 arrondissements et 31 communautés rurales.

La population totale est estimée à 1. 310. 000 habitants avec une densité moyenne de 199 habitants/ km² et un taux de croissance de 2,72%. Les principales caractéristiques démographiques sont la prédominance de la frange jeune dont les moins de 20 ans représentent 60 % des habitants de la région et celle des femmes représentant 52 % de la population.

Les populations vivant respectivement en milieu rural, urbain et péri-urbain représentent 61% et 39%. La taille moyenne des ménages est de 8 personnes et 17% de ces ménages sont dirigés par des femmes.

A l'image du reste du pays, 71 % des revenus se retrouvent entre les mains de 40 % de la population urbaine tandis que les ruraux (60 %) se partagent les 29 % restants. Le PNB est de 529 \$ us depuis la dévaluation alors que le taux d'accroissement passe de 1, 2 % à 5 %.

Le principal secteur d'activités reste l'agriculture suivie de la pêche et du tourisme. Le secteur de l'informel est très dynamique et concerne 60 % des actifs de la région mais sa part dans la valeur ajoutée très peu maîtrisée. Le taux de chômage et de sous emploi est de l'ordre de 24 %.

La mobilité entre les secteurs formel et informel n'est pas non plus bien cernée. Le taux brut de scolarisation est de 67 % et celle des filles est estimée à 25 %.

La région compte 750 groupements de femmes et 15 associations de femmes ainsi que de très nombreuses ASC. Toutes ces organisations participent aux diverses activités de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de la collaboration avec le Développement à la base, le Développement Communautaire et les responsables des services de santé.

2.1.1.2 Les indicateurs de santé de la région

L'état de santé de la région est dominé par les maladies infectieuses à la tête desquelles se trouve le paludisme. Les informations disponibles dans les statistiques sanitaires révèlent les indicateurs sanitaires suivants :

- Taux de natalité : 46/ 1.000
- Taux de mortalité maternelle : 510/ 100. 000 naissances vivantes
- Grossesses attendues = 60.260
- 49% des femmes enceintes ont recours au CPN avec un taux d'achèvement de 46%
- Le nombre de grossesses à risque attendues est de 12 %
- 67% des femmes vues en CPN accouchent dans les maternités
- Le taux de couverture contraceptive est de 7 %
- 1. 570 interventions chirurgicales / an
- 270 césariennes sur les 13. 500 attendue
- Hospitalisations = 24. 867
- - Dépenses publiques de santé = 450 francs CFA/ personne/ an.

Au niveau des ménages, la dépense mensuelle moyenne de chaque individu est de 70,6 francs CFA pour la cotisation et 329,5 francs CFA pour les médicaments.

Du point de vue de l'offre, la région est couverte par :

- 176 cases de santé
- 94 postes de santé dont 77 publics et 17 privés
- 9 centres de santé qui correspondent aux hôpitaux de district
- 2 hôpitaux (1 public et 1 privé).

La région de Thiès est une région pionnière dans le domaine des mutuelles de santé au Sénégal mais aussi en Afrique de l'ouest et offre une riche expérience sur la mutualité. Une coordination régionale des mutuelles de santé (CRMST) y est créée depuis 4 ans par les promoteurs. C'est une structure ayant pour vocation d'harmoniser l'ensemble des approches mutualistes et de servir d'interface en vue de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et leurs partenaires. Parallèlement, la coordination diocésaine contrôle les mutuelles de santé rurales. Elle est plus ancienne que la coordination régionale dont la naissance occasionna quelques conflits de positionnement jusqu'à une période récente.

2.1.2 Population parent

La population cible de l'enquête sont les ménages membres et bénéficiaires des mutuelles de santé se trouvant dans la région de Thiès. Le ménage est l'unité de base de la population auprès de laquelle l'information est recueillie.

A partir de l'information fournie par cette population, il est possible d'une part d'évaluer les caractéristiques socio-économiques des ménages et d'autre part d'estimer leur niveau de prise en charge de la santé de la reproduction à travers les mutuelles de santé. Les populations non membres de mutuelles de santé interrogées constituent la *population témoin*. En effet l'information recueillie auprès de ces dernières permet de vérifier et de valider l'influence ou l'impact de la mutualité dans la prise en charge de la santé reproductive au niveau des membres et bénéficiaires.

2.1.3 Echantillonnage

Nous allons maintenant présenter la méthode utilisée lors du tirage de notre échantillon qui comprend 50 ménages résidant dans la région de Thiès.

2.1.3.1 Méthode d'échantillonnage

Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage probabiliste. La principale caractéristique de cette méthode réside dans le fait que chaque élément de la population cible a une chance égale aux autres éléments de faire partie de l'échantillon.

2.1.3.2 Technique d'échantillonnage

La technique utilisée est l'échantillonnage aléatoire stratifié et proportionnel. Cette technique est une variante de l'échantillonnage aléatoire simple. Nous avons réparti la population cible en sous-groupes homogènes appelés « strates » qui correspondent aux cinq mutuelles de santé choisies par hasard. Puis nous avons tiré de façon aléatoire et proportionnelle un échantillon de 10 ménages dans chaque mutuelle de santé jusqu'à l'obtention du nombre souhaité de ménages à enquêter, qui est égal à 50.

2.1.3.3 Taille de l'échantillonnage

La taille de l'échantillon a été répartie suivant les zones polarisées par les cinq mutuelles de santé que sont : **And Fagaru** de la commune de Thiès, **Yombal Fajju Ak Wër** en zone urbaine et rurale, **Sopanté** en zone rurale, **Bolo Soxali Tivaoune** qui couvre la commune du même nom et **Yermandé** du département de Khombole en raison de 10 ménages à enquêter par mutuelle de santé.

2.2 STRATEGIE DE LA RECHERCHE

Dans cette partie nous présenterons l'histoire de la recherche que nous avons menée. Nous parlerons tout d'abord de la recherche documentaire, du choix des instruments de collecte des données (questionnaire et guide), du pré-test, ensuite de l'administration des instruments et du déroulement de l'enquête, du mode de traitement des données, pour terminer enfin avec les difficultés rencontrées et les limites de l'étude.

2.2.1 Recherche documentaire

Effectuée dans les bibliothèques universitaires de, de l'UCAD, l'UGB de l'ENTSS, de l'ENDSS, dans les centres de documentation du CODESRIA, de l'OMS, du FNUAP, de la GTZ, de la CAMICS, de la DPS, à l'Internet... elle nous a permis de consulter des documents tels que, les ouvrages, les publications officielles, les revues spécialisées, les journaux et magazines liés à notre thème de recherche.

Nous avons pu extraire une information factuelle (statistiques, faits bruts) des opinions ou conclusions scientifiques en matière de mutuelle de santé, de SR, de la situation socio-économique des ménages afin d'avoir l'éclairage théorique nécessaire à notre analyse.

2.2.2 Choix des instruments de collecte des données

2.2.2.1 Questionnaire.

Il s'agit de l'enquête d'envergure réalisée auprès de plusieurs personnes représentatives, vivant dans les ménages afin de recueillir de façon systématique un ensemble d'informations pertinentes concernant l'objet d'étude. L'enquête a été réalisée à partir de questions structurées, administrées à une partie prédéterminée de la population par le biais de rencontres personnelles.

Durant notre recherche, nous avons donc eu recours au questionnaire. Cet instrument de recueil de données a été adressé aux femmes qui constituent notre échantillon. Notre questionnaire comporte les rubriques suivantes :

- l'identification des répondantes
- les données sur les aspects socio-démographiques du ménage

- les données sur le statut socio-économique des ménages
- les modalités d'adhésions aux mutuelles de santé
- les soins et services SR couverts par les mutuelles de santé et leur taux de prise en charge
- les structures sanitaires polarisées et conventionnées par les mutuelles de santé,
- les coûts d'utilisation des soins et services SR pour les ménages
- la part de revenus consacrés par les ménages à ces soins et services SR
- les niveaux d'utilisation de ces soins et services SR en rapport avec l'adhésion à la mutuelle de santé
- les difficultés ou contraintes rencontrées dans la prise en charge
- leurs suggestions pour une meilleure prise en charge de leur santé et de la reproduction dans la mutualité.



2.2.2.2 Guide d'entretien

Le recours aux entretiens se justifie en raison du fait que le questionnaire seul ne permet pas un recueil aussi complet de l'information sur l'objet d'étude. Il est alors nécessaire d'utiliser d'autres outils d'enquête qualitative dans un souci de triangulation de l'information. L'entretien a été utilisé avec :

➤ les **administrateurs et gérants** de mutuelles de santé ; les thèmes abordés avec eux concernent les objectifs de la mutuelle le fonctionnement, la population couverte, les partenaires, les prestations couvertes par la MS notamment celles relatives en SR, le niveau de satisfaction des membres et bénéficiaires et les difficultés ou contraintes auxquelles sont confrontées les MS et les solutions préconisées.

➤ **Les prestataires de soins** ; les discussions avec le personnel médical, paramédical et/ou administratif dans 05 postes de santé, 02 centres de santé et au niveau de l'hôpital Régional et Saint-Jean de Dieu, portaient sur la présentation de leur structure sanitaire, les relations entre elle et les mutuelle de santé, les besoins en santé de la reproduction, les services offerts et le niveau d'utilisation et éventuellement les contraintes et difficultés rencontrées dans le partenariat.

➤ **les partenaires techniques et promoteurs** ; il s'agit de responsables d'institutions, d'ONG ou de projets qui apportent un appui technique et financier au développement de la mutualité. Les thèmes abordés concernent la présentation de la

structure, la nature de l'appui, son impact sur la promotion de la mutuelle de santé et le niveau de prise en charge de la SR dans les MS.

Par ailleurs, durant notre collecte de données, nous avons eu recours à cinq focus-groups avec les cibles de l'enquête dont trois avec les femmes membres et bénéficiaires. L'utilisation de Les trois focus-groups avec les femmes membres et bénéficiaires ont été organisés :

- (1) dans le village de Keur Assane polarisée par la MS Sopanté ;
- (2) à Tivaoune polarisée par la MS Bolo Soxali Tivaoune ;
- (3) à Khombole polarisée par la MS Yerlandé.

Les thèmes de discussions ont porté sur la perception qu'ont les femmes sur la mutuelle de santé, les raisons de leurs adhésions, les niveaux de prise en charge de la SR, le degré de satisfaction et de confiance en la mutualité, la régularité dans les cotisations.

Les deux focus-groups avec les femmes non membres et bénéficiaires ont été organisés :

- (1) à dans le village de Keur Assane
- (2) à Thiès au quartier Somb ;

Les sujets de discussions ont porté sur la perception qu'ont ces femmes sur la mutuelle de santé, les raisons de leur non adhésion, les niveaux de prise en charge de la SR comparés à ceux de leurs camarades membres de la MS, les difficultés financières et dans l'accès éventuellement rencontrées.

2.2.3 Pré test

Nous l'avons effectué les 18 et 19 septembre 2005 sur un échantillon de 9 ménages afin de vérifier la validité de notre outil d'investigation, à savoir le questionnaire. Le pré-test nous a permis alors de faire les rectifications suivantes :

De distinguer la taille du ménage et le nombre de bénéficiaires de la mutuelle de santé vivant dans le ménage en ajoutant cette dernière catégorie car ce ne sont pas tous les membres du ménages qui sont membres et bénéficiaires de la MS ;

D'intégrer une question importante à savoir si le membre et les bénéficiaires sont à jour de leurs cotisations, cette question donne une indication des difficultés financières des ménages à honorer leurs devoirs à l'égard de la MS ou leur degré de confiance envers la MS ;

D'éliminer la question sur le montant des adhésions et de la cotisation mensuelle car en durant les entretiens avec les administrateurs et gérants des mutuelles de santé, ces derniers en nous faisant la présentation de leur mutuelle donnaient déjà des informations relatives aux montant d'adhésion et de cotisations fixées par l'assemblée générale de la MS

De revoir à la baisse les catégories prévues pour l'estimation des coûts financiers des prestations en SR durant les six derniers mois. Les réponses données pour cette question concernaient des montants nettement inférieurs.

2.2.4 Administration des instruments

L'enquête s'est déroulée du 02 au 18 octobre 2005 dans région de Thiès. Durant la pré-enquête nous avons profité de notre présence dans le milieu d'étude pour prendre des rendez-vous avec les gérants ou administrateurs de mutuelles, les promoteurs ou partenaires techniques, les prestataires de soins. L'appui du GRAIM et la collaboration des cinq administrateurs des mutuelles de santé cibles ont beaucoup facilité les entretiens avec les personnes ressources, l'organisation des causeries et l'administration des questionnaires.

Nous avons commencé par les entretiens avec les gérants et administrateurs de mutuelles qui nous ont permis d'avoir une vue d'ensemble de situation de la mutualité dans la région. Leurs observations et recommandations nous ont beaucoup guidé dans le choix des sites à enquêter et l'identification des personnes ressources. Ensuite nous avons administré les questionnaires et organisé les focus-groups pour terminer par les entretiens avec les promoteurs, responsables d'ONG d'appui et responsables de structures sanitaires.

2.2.5 Traitement des données

Les données quantitatives, recueillies à travers le questionnaire, ont été saisies sur le logiciel SPSS. L'analyse de ces données a été descriptive et elle a été effectuée à l'aide de tableaux statistiques.

Pour les données qualitatives, collectées grâce à l'utilisation des entretiens et des focus-groups, l'analyse s'est déroulée en 3 étapes :

Etape 1 : Compilation des données

Elle a consisté à mettre en exergue parmi les informations recueillies, celles qui sont les plus significatives.

Etape 2 : L'organisation des données

Les données triées, il était convenu au cours de cette phase, de les synthétiser grâce au résumé narratif qui permet de rendre les données immédiatement accessibles et de tirer les premières conclusions.

La méthode logico-sémantique nous a permis de faire les découpages par unité de sens.

Etape 3 : L'élaboration des conclusions

Les thèmes, les idées apparues régulièrement ont été par la suite regroupés en catégories et ce fut au cours de cette dernière phase que les relations entre variables furent établies.

2.2.6 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

2.2.6.1 Difficultés rencontrées

Nous avons enregistré lors de notre collecte seulement 02 refus de réponse et 01 interruption lors de l'interrogation. Dans un premier temps, les refus de réponses et le questionnaire incomplet ont été systématiquement remplacés

La principale difficulté concerne le manque de données désagrégées au niveau des mutuelles par exemple nombre d'enfants 0 à 5 ans, de femmes en âge de reproduction (15-49 ans), prestations en SR, coûts... A cause du manque des outils de gestion et de formation en la matière, les gérants et administrateurs, le plus

souvent ne font pas la présentation de ces types de données. Nous étions donc obligés de faire le décompte de ces catégories de membres.

Par ailleurs les populations enquêtées montrent parfois une réticence ou désaffection par rapport aux nombreuses études auxquelles elles sont soumises. On est tenté de dire qu'elles sont « sur-enquêtées ». Pour arriver à contourner toutes les autres difficultés, nous avons consenti l'effort de rassurer nos interlocuteurs et de mieux préciser le but de l'étude afin d'obtenir leur collaboration.

2.2.6.2 Limites de l'étude

Nous avons noté aussi quelques incohérences sur les questions concernant les niveaux de revenus du ménage, l'estimation du pourcentage des dépenses en SR et les niveaux d'utilisation des soins et services SR. En estimant les montants, les populations ont toujours tendance à donner des chiffres ronds. Cela constitue une limite devant un souci de précision en ce qui concerne les montants avancés.

Il y a lieu de préciser que notre échantillon est très réduit par rapport à la population de la région de Thiès.

Aussi nous tenons à mentionner que l'étude a pour cible les femmes en âge de reproduction et les enfants qui sont certes directement concernés par la santé de la reproduction, mais pas exclusivement. Les hommes aussi sont concernés par le sujet et pour preuve, plus de 60% des dépenses en SR provient des hommes. Le fait donc d'interroger uniquement des femmes peut constituer aussi une limite à cette présente étude.

CHAPITRE III :
ANALYSE ET
INTERPRETATION DES RESULTATS



CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

3.1 Caractéristiques de la population d'étude

3.1.1 Age

Tableau 2 : Répartition de la population par classe d'âge

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
15-19	02	4
20-24	14	28
25-29	11	22
30-34	11	22
35-39	07	14
40-44	04	08
45-49	01	02
TOTAL	50	100

L'âge moyen de la population d'étude est de 29,36.

L'âge modal est égal à 28 ans. L'âge maximal est à 49 alors que l'âge minimal est de 19 ans. Donc il y s'agit d'une population essentiellement jeune. Cela explique sans doute sa grande fécondité.

3.1.2 Religion

Nous notons une prédominance de la religion musulmane qui représente 94% contre 6% de chrétiens.

Tableau 3

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmans	47	96
Chrétiens	03	06
TOTAL	50	100

3.1.3 Situation matrimoniale

Tableau 4

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	45	90
Veuve	02	04
Divorcée	01	02
Célibataire	02	04
TOTAL	50	100

L'échantillon est essentiellement constitué de femmes mariées dans l'ordre de 90% contre 4% de célibataires et le groupe des veuves et divorcées représente 4%.

3.1.4 Régime matrimonial

Parmi les mariées, 30 soit 65,21% sont monogames contre 16 soit 34,78% qui vivent sous le régime polygamique.

3.1.5 Taille du ménage

Tableau 5

Nombre de personnes	Effectif	Pourcentage
[0, 5 [	06	12
[5, 10 [	26	52
[10, 15 [	12	24
[15, 20 [	05	10
[20, 25 [	01	02
TOTAL	50	100

L'estimation des personnes vivant dans les ménages enquêtés montre que la taille moyenne est de 9.5. Cette moyenne est assez proche de la taille moyenne au niveau national qui est 11 personnes par ménage.

On peut remarquer que la taille minimale est égale à 3 tandis que le nombre le plus important se trouve dans un ménage regroupant 19 personnes.

3.1.6 Nombre de femmes en âge de reproduire (FAR) dans le ménage.

Tableau 6

Nombre de FAR dans le ménage	Effectif	Pourcentage
1	15	30
2	15	30
3	14	28
4	05	10
5	01	02
TOTAL	50	100

Il apparaît qu'un ménage abrite en moyenne 2 FAR. Au minimum une FAR vit dans un ménage et on y trouve au maximum 5.

3.1.7 Nombre d'enfants de 0 à 5 ans dans le ménage

Tableau 7

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans dans le ménage	Effectif	Pourcentage
00	10	20
01	21	42
02	17	34
03	01	02
04	01	02
TOTAL	50	100

Dans 80% des ménages on trouve des enfants de 0 à 5 ans et en moyenne 02 enfants de 0 à 5 ans vivent dans un ménage.

Les FAR et la population infantile vivant dans les ménages permettent d'estimer les indicateurs de fertilité et de fécondité de l'échantillon. En effet ce sont ces facteurs qui vont déterminer les besoins et éventuellement les demandes en services SR.

3.1.8 Niveau d'étude

Tableau 8

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Sans instruction	24	48
Primaire	14	28
Alphabétisé en langue nationale	06	12
Cycle moyen	05	10
Cycle secondaire	01	02
Cycle universitaire	00	00
Total	50	100

Parmi les femmes interrogées, près de la moitié, soit 48% sont analphabètes. Le tableau montre que 28% des scolarisées n'ont pas dépassé le cycle primaire et 10% ont atteint le cycle moyen. Seule 01 femme a atteint le niveau de la Terminale. Néanmoins on note que 12% d'entre elles sont alphabétisées, cela grâce aux programmes d'alphabétisation introduits dans les paquets de services de certaines mutuelles de santé au bénéfice de leurs adhérents.

Le niveau d'instruction des femmes reste encore moins élevé que celui des hommes. Cela veut dire que celles-ci sont toujours moins chanceuses devant l'accès à l'école. Par ailleurs ce niveau d'instruction inférieur peut avoir une influence négative sur leur situation sanitaire.

3.2 Niveau des revenus

3.2.1 Profession

Tableau 9

Profession	Effectif	Pourcentage
Emploi salarié	03	06
Commerce	21	42
Sans profession/Chômeur	26	52
TOTAL	50	100

Nous pouvons noter que plus de la moitié des femmes interrogées soit 52% étaient sans profession. Elles se considèrent plutôt comme « femme au foyer » ou ménagère. Le commerce occupait 42% de l'échantillon. Cela se comprend dans la mesure où la mutuelle de santé Yombal Fajju AK Wër est essentiellement constituée de femmes commerçantes vivant en milieu urbain. En plus parmi les cinq mutuelles de santé visitées deux accordent des micro-crédits à leurs membres qui s'adonnent souvent au petit commerce dans les marchés. Tandis que les salariés ne représentent que 6%.

Parmi les « sans profession », 06 soit 12% ont déclaré avoir abandonné l'exercice d'une activité rémunérée pour cause de maternité. A l'instar de l'éducation, les femmes sont aussi défavorisées sur le plan professionnel à travers lequel les pesanteurs socioculturelles, les maternités fréquentes et rapprochées les empêchent de s'adonner à une activité professionnelle.

3.2.2 Revenus mensuels de l'activité principale

Tableau 10

Revenus mensuels	Effectif	Pourcentage
Moins de 35 000 FCFA	13	54
De 35 000 à 50 000 FCFA	06	25
De 51 000 à 75 000 FCFA	03	12.5
Plus de 100 000 FCFA	02	8.5
TOTAL	24	100

Plus de la moitié des femmes qui exercent une activité rémunérée, gagnent moins de 35 000 F CFA c'est-à-dire un montant inférieur au SMIG. Cela s'explique par le fait que 87.5% de femmes qui travaillent évoluent dans le secteur informel notamment en faisant du « petit commerce » contre 12.5% de salariées.

Le « petit commerce », qui est fortement caractérisé par la faiblesse des revenus et la précarité relève plus d'une recherche d'occupation que d'un choix professionnel. Quand bien même l'on sait qu'il constitue une source de revenus d'appoint pour les femmes.

3.2.3 Existence d'autres sources de revenus

Deux femmes sur trois affirment bénéficier de revenus mensuels additionnels de façon régulière. Cela révèle encore une fois que les revenus tirés de l'activité principale des femmes sont dérisoires, à telle enseigne qu'elles se sentent obligées de recourir à d'autres sources de revenus.

Tableau 11

Existence d'autres sources de revenus	Effectif	Pourcentage
OUI	33	66
NON	17	34
TOTAL	50	100

3.2.4 Nature des sources de revenus additionnels

Tableau 12

Nature des sources de revenus	Effectif	Pourcentage
Dons, transferts intra et inter ménages	13	39,4
Epargne, Tontine	12	36,36
Entraide	02	6,06
Autres	06	18,18
TOTAL	33	100

On peut noter deux principales sources de revenus additionnels utilisées par les femmes. Il s'agit d'une part de la solidarité parentale avec 39,4% et d'autre part de la solidarité communautaire (tontine, entraide) qui représente 42,5%. Le recours à ces deux sphères atteste d'une survie de la famille étendue et d'une relative dynamique organisationnelle au profit des femmes en milieu rural et urbain. Les autres sources de revenus concernent les prêts ou emprunts et d'autres activités lucratives telles que l'emploi temporaire.

3.2.5 Montant des revenus mensuels additionnels

Tableau 13

Montant en Francs CFA	Effectif	Pourcentage	Pourcentages cumulés
[0, 10 000 [	16	48.5	48.5
[10 000, 20 000 [	11	33.5	82
[20 000, 30 000 [	02	06	88
[30 000, 40 000 [	01	03	91
[40 000, 50 000 [	02	06	97
[50 000, < [	01	03	100
TOTAL	33	100	

Il convient de signaler que même si l'existence de la solidarité familiale et communautaire est incontestable, leur apport pour les femmes demeurent inefficace eu égard à la faiblesse des montants obtenus.

En effet 81,8% des revenus mensuels additionnels des femmes ne dépassent pas 15 000 FCFA.

3.2.6 Profession du conjoint

Tableau 14

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession/Chômeur	04	08
Commerce, Artisanat, Transport	26	52
Emploi salarié	08	16
Agriculture	10	20
Retraité	02	04
TOTAL	50	100

Il existe un taux d'activité très élevé chez les hommes (88%) comparé aux femmes (48%), du moins en ce qui concerne l'exercice d'une profession. Le secteur informel et l'agriculture emploient la majorité des actifs avec 72% des cas tandis que près d'un tiers seulement des travailleurs évoluent dans le secteur moderne structuré.

Les femmes soutiennent que la plus importante contribution pour la prise en charge des dépenses du ménage provient de leurs époux ou conjoints. En effet le conjoint est le « *borom kër* » autrement dit le chef de ménage, à ce titre, c'est à lui qu'incombe la prise en charge des besoins du ménage à savoir la « dépense quotidienne » (nourriture), le logement, l'éducation et la santé.

3.2.7 Montant des revenus mensuels du ménage

Tableau 15

Revenus mensuels	Effectif	Pourcentage
Moins de 35 000 FCFA	1	2
De 35000 à 50 000 FCFA	9	18
De 51000 à 75 000 FCFA	10	20
De 76000 à 100 000 FCFA	9	18
Plus de 100 000 FCFA	21	42
TOTAL	50	100

Le tableau montre que plus de la moitié des personnes interrogées, soit 58% de l'échantillon, estiment que l'ensemble des revenus de leurs ménages ne dépasse pas 100 000 FCFA. L'analyse des revenus de cette catégorie de ménages révèle qu'un ménage gagne en moyenne 69 820,5 FCFA/mois. Les revenus des ménages résidant à Thiès sont relativement faibles au regard des charges auxquelles il faut faire face. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des actifs évoluent dans le secteur informel qui est caractérisé par la précarité et la faiblesse des gains. Ce montant rapporté à la taille moyenne des ménages fait apparaître que le revenu par personne et par jour est égal à 244.98 FCFA, une somme inférieure à un dollar, c'est-à-dire l'indicateur du seuil de la pauvreté absolue (selon l'estimation du PNUD).

3.2.8 Revenus mensuels et niveau de prise en charge du ménage

Tableau 16

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE DU MENAGE					
Revenus mensuels du ménage	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Effectif	%
] >, 25 000 [	00	00	01	01	04
[25 000, 50 000 [	00	03	07	10	18
[50 000, 75 000 [	00	02	08	10	20
[75 000, 100 000 [	00	06	09	15	30
[100 000, < [	02	09	03	14	28
Effectif	02	20	28	50	100
%	04	40	56	100	

En analysant les revenus des ménages et le niveau de prise en charge, c'est seulement 4% des répondantes qui soutiennent que les revenus mensuels du ménage leur permettent de prendre en charge correctement les besoins du ménage.

Pour cette infime partie de la population enquêtée, leur niveau de prise en charge du ménage est jugé « très satisfaisant » comparé aux revenus.

Environ 40% des ménages connaissent une couverture plutôt « satisfaisante ». Cette catégorie déclare que les revenus permettent de subvenir juste aux besoins essentiels du ménage, d'où une couverture partielle de l'ensemble des charges. Tandis que 40% parlent d'une prise en charge assez difficile, ces derniers font du « *goorgoor lu* », se débrouillent, autrement dit tirent le diable par la queue. Cette situation est une conséquence de la faiblesse des revenus alors la conjoncture socio-économique est considérée comme contraignante. En effet, l'emploi est précaire, les denrées de première nécessité sont chères et les charges de la famille sont nombreuses et coûteuses.

3.3 Mutuelle de santé et accès aux soins et services en SR

3.3.1 Généralités sur les mutuelles de santé

3.3.1.1 Modalités d'adhésions et populations couvertes dans les MS

Tableau 17:

Nom de la Mutuelle de Santé	Date de création	Taux d'adhésions et de cotisations/ Période d'observation	Nbre Adhérents et Bénéficiaires	Nbre de Femmes et d'Enfants
Sopanté	1997	Adhésions=1000 CFA Cotisations=200F/Pers/Mois Période d'observation=6mois	Adh=1 070 Bénf=6 420	F=1 733 E=1 256
And Fagaru	2000	Adhésions=1000 CFA Cotisations=200F/Pers/Mois Période d'observation=6mois	Adh=2 240 Bénf=6 000	F=2 046 E=1 812
Bolo Soxali Tivaoune	2000	Adhésions=1000 CFA Cotisations=200F/Pers/Mois Période d'observation=6mois	Adh=325 Bénf=1 990	F=650 E=950
Yermandé de Khombole	2001	Adhésions=1000 CFA Cotisations=150F/Pers/Mois Période d'observation=6mois	Adh=916 Bénf=3 608	F=318 E=473
Yombal Fajju Ak Wër	2000	Adhésions=1000 CFA Cotisations=200F/Pers/Mois Période d'observation=3mois	Adh=911 Bénf=2 998	ND ND

Il apparaît que les cinq mutuelles de santé qui constituent notre échantillon sont toutes créées durant la même période, c'est-à-dire autour de l'année 2000. Si les taux d'adhésions et de cotisations sont pratiquement les mêmes partout, il existe toutefois quelques disparités dans le nombre d'adhésions et de bénéficiaires. Mais ce qu'on peut retenir c'est la petite taille de ces mutuelles. La étroitesse de leur base d'adhésion révèle leur lente évolution dans le sens de toucher toutes les cibles potentielles et d'atteindre le plus grand nombre de personnes.

Toutefois, il y a lieu de noter que plus de la moitié des bénéficiaires de ces MS est constituée de femmes (15-49ans) et d'enfants (0-5ans). Cela veut dire que ces cibles de la SR sont relativement bien touchées par la mutualité. Enfin, il faut préciser que la MS **Yombal Fajju Ak Wër** est entièrement composée de femmes. C'est une *mutuelle Genre* affirme sa présidente. Seules les femmes sont autorisées à y adhérer, quitte après à faire bénéficier aux autres (les hommes) des prestations. Leur période d'observation est de 6 mois. C'est la durée pendant laquelle l'adhérent cotise mais ne bénéficie pas encore des prestations.

3.3.1.2 Prestations couvertes et taux de prise en charge

Tableau 18:

NOM DE LA MUTUELLE DE SANTE	PRESTATIONS COUVERTES ET TAUX DE PRISE EN CHARGE
Sopanté	<p>Soins Primaires 60%, Accouchement 50%, Médicaments IB 60%</p> <p>Soins secondaires (Centre de santé), Forfait accouchement à 10 000FCFA</p> <p>Soins Tertiaires (Hôpital St Jean de Dieu), 10 jours d'Hospitalisation Chirurgie 50%, Accouchement 50%, Curetage 50%</p> <p>Hôpital Régional, Forfait de 25 000FCFA pour toute l'hospitalisation</p>
And Fagaru	<p>Soins Primaires, CPN, Accouchement, soins postnatals, Vaccinations, Médicaments IB 100%, ticket modérateur à 20%</p> <p>Soins secondaires et IB à 100%, ticket modérateur à 30%</p> <p>Soins Tertiaires (Hôpital St Jean de Dieu), 10 jours d'Hospitalisation Au-delà des 10 jrs Réduction à 50%, Réduction à 50% sur les soins internes et externes (radiographie, analyses etc.)</p>

Bolo Soxali Tivaoune	Consultations pour adulte et enfant, CPN, Consultations postnatales, Urgences, Planning Familial, Vaccination, Médicaments IB, 60% Hospitalisation 8jours en 3 ^{ème} Catégorie 100%, Analyses, radiographie, échographie à 60% Accouchement* Forfait à 10 000 FCFA
Yermandé de Khombole	Soins Primaires 100%, Consultations 100%, CPN 100%, Consultations postnatales 50%, Accouchement Simple Forfait 12 000 FCA, Vaccination 50%, Médicaments IB, 100% Hospitalisation (Centre de Santé) 100%
Yombal Fajju Ak Wër	Consultations , Maternité, CPN, Consultations postnatales, Accouchement, Médicaments IB, 75% Hospitalisation 75%, Ticket modérateur 50%

Il convient tout d'abord de rappeler les principes qui guident la détermination de la gamme de prestations d'une MS. En effet, le choix des soins et services opéré par l'Assemblée Générale de la MS, est fait généralement suivant :

- ↓ Les besoins sanitaires des populations cibles
- ↓ Leurs capacités contributives et
- ↓ La disponibilité du plateau technique

Au regard de ces principes, les cinq mutuelles de notre étude ont fait preuve d'une certaine *rationalité* dans le choix des prestations couvertes. Il est aisé de remarquer que les Soins de primaires, les consultations et les médicaments IB qui sont offerts au niveau des postes et centres de santé sont largement pris en charge. Le choix est sans doute guidé à la fois par la proximité des soins et services et leurs coûts relativement abordables.

Les MS ont consenti un effort en prenant en charge en moyenne 10 jours d'hospitalisations et seulement quelques soins internes et externes (analyses, radiographie, chirurgie...). Ces soins liés à l'hospitalisation sont faiblement représentés dans le paquet de services couverts par la mutuelle du fait de la cherté de ces prestations.

La SR, qui est donc l'objet de notre étude est relativement bien prise en charge. Du moins on note que toutes les MS offrent des services et soins en SR (CPN, consultations postnatales, accouchement, PF) avec des taux et des forfaits

assez intéressants. Selon les gérants et administrateurs des MS, la SR constitue une de leurs priorités dans la prise en charge des besoins sanitaires des populations. A ce propos la **Yombal Fajju Ak Wër** s'est particulièrement illustrée par le choix de ses prestations essentiellement axé vers la prise en charge de la SR et mise en place de certaines initiatives dans le domaine de la santé maternelle et infantile.(Voir encadré).

La MS **Yombal Fajju Ak Wër** s'est beaucoup illustrée dans la prise en charge de la SR. Non seulement elle a élargie sa gamme de soins et services en vue de promouvoir la santé maternelle et infantile, mais elle a mis en place une initiative assez originale qui mérite qu'on s'y attarde un peu. En effet, la MS **Yombal Fajju Ak Wër** propose à ses adhérentes qui auront montré **(1)** l'attestation des trois visites prénatales, **(2)** le certificat d'accouchement, **(3)** l'extrait de naissance de l'enfant, une **somme forfaitaire de 10 000 FCFA**. En plus de cela, la MS a mis en place le **Projet de Parrainage-Bébé**, en collaboration avec l'Agence Nationale de la Case des Tout-Petits (**ANCTP**). Au-delà du suivi sanitaire et nutritionnel de l'enfant, le projet prévoit un **Plan d'épargne** pour de ce dernier. Depuis sa mise en place, **82 femmes et leurs enfants** ont eu à bénéficier de cette initiative. Sur le *plan sanitaire*, d'importants résultats sont enregistrés, notamment en ce qui concerne la régularité des visites prénatales, l'accouchement assisté par un personnel médical. Sur le *plan éducatif*, l'enregistrement de l'enfant à l'état civil qui facilite son inscription à l'école et la constitution d'un fonds pour financer sa scolarité.

Parallèlement à ces prestations offertes, les MS, en collaboration avec les structures sanitaires de la zone, réalisent plusieurs activités de sensibilisation, de promotion et d'éducation pour la santé. Selon les responsables de structures sanitaires rencontrées, les MS constituent des partenaires privilégiés durant les campagnes de vaccinations, les sensibilisations sur la prévention du paludisme, des IST/VIH/SIDA, la distribution des moustiquaires imprégnées et l'organisation des *Téléthon* et *Téléfood*.

3.3.1.3 Structures sanitaires conventionnées, zones polarisées et partenaires

Tableau 19:

NOM DE LA MUTUELLE DE SANTE	NOMBRE DE STRUCTURES SANITAIRES CONVENTIONNEES	ZONES POLARISEES	PARTENAIRES
Sopanté	13 Postes de Santé (05 privés) 01 Centre de Santé 01 Hôpital (St Jean de Dieu)	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté Rurale (CR) de Fandène, de Chérif Lô, de Thiénaba et de Noto 	ENDA GRAF, PHR+, CRMST, GRAIM
And Fagaru	13 Postes de Santé 01 Centre de Santé 01 Hôpital (St Jean de Dieu)	<ul style="list-style-type: none"> • Commune de Thiès 	PHR+, CRMST, GRAIM
Bolo Soxali Tivaoune	02 Postes de Santé 01 Centre de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Commune de Tivaoune 	ENDA GRAF, PHR+, CRMST, GRAIM, Mairie
Yermandé de Khombole	02 Cases de Santé 04 Postes de Santé 01 Centre de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Commune de Khombole (08 quartiers) CR de Thiénaba, de Ngoundiane, de Séwékhye, de Diack 	PHR+, CRMST, GRAIM, CAMICS, (CAFSP)
Yombal Fajju Ak Wër	16 Postes de Santé 01 Centre de Santé 02 Hôpitaux (St Jean de Dieu et Régional)	<ul style="list-style-type: none"> • Commune de Thiès (09 quartiers) + Keur Moussa et Touba Toul • Marchés : Cental, Grand Thiès, Khelkom, Moussanté • Département Tivaoune (08 sites) • Département Mbour (04 sites) 	PHR+, CRMST, GRAIM, ANCTP

La lecture de Tableau révèle que les MS réfèrent plus leurs adhérents et bénéficiaires vers le poste de santé, ceci au regard du nombre important de conventions signées avec ce genre de structure. En effet le poste de santé

correspond au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire. Il polarise la majorité de la population et les coûts les plus bas y sont pratiqués. Ensuite arrivent le centre de santé qui est une structure intermédiaire. Le centre de santé est la structure sanitaire de référence la plus élevée pour les MS de **Yermandé de Khombole, Bolo Soxali Tivaoune**.

Les MS qui opèrent dans la ville de Thiès (**And Fagaru et Yombal Fajju Ak Wër**) et dans sa périphérie (**Sopanté**) ont toutes signé des conventions avec les hôpitaux et notamment avec l'hôpital Saint Jean de Dieu. En effet, Saint Jean de Dieu est une structure hospitalière à vocation caritative. C'est pourquoi, dans sa politique sanitaire d'aide aux couches défavorisées, elle accorde aux mutuelles de la région des tarifs préférentiels.

Parmi les principaux partenaires des MS figure en bonne place le PHR+ qui est un opérateur de l'USAID. Ce partenaire dont le programme tire à sa fin, appuie les MS dans la formation, la sensibilisation, la recherche, la production d'outils et l'organisation des AG. A l'instar du PHR+, ENDA GRAF, appuie dans le démarrage et dans la production d'outils de gestion (carnet, fiches d'adhésion, registres...). Le GRAIM, est une structure locale qui soutien beaucoup le développement de la mutualité dans la région de Thiès à travers le conseil. Il est secondé au niveau local par la Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST). Ces deux structures jouent un rôle important d'interfaces et d'interlocuteurs entre d'une part, les mutuelles de santé et d'autre part le niveau institutionnel et les organismes d'aide.

Les administrateurs et membres des MS ont fait peu cas de l'appui de l'Etat (01 seule MS l'a cité), à travers le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et sa cellule à savoir la CAFSP (ex. CAMICS). C'est la même chose en ce qui concerne l'appui des Collectivités Locales (CL). La seule Collectivité Locale qui est citée est la Mairie de Tivaoune qui a offert le terrain où est construit le siège de la MS. Cette situation peut être interprétée comme interpellation des pouvoirs publics à un engagement beaucoup plus visible pour le développement de la mutualité.

3.3.1.4 Relations Mutuelles de santé/Adhérents et bénéficiaires

La majorité des répondantes interrogées (96%) affirment que les taux d'adhésions et de cotisations sont à leur portée. Autrement ces taux ne sont pas chers ; ces propos sont encore rapportés durant les causeries (focus-groups) avec les femmes adhérentes, durant les entretiens avec les gérants et administrateurs de MS et avec les prestataires. Seulement, il est paradoxal de constater que plusieurs adhérents (environ 65%) ne sont pas à jour de leurs cotisations. Ce qui cause au niveau des membres plusieurs suspensions dans l'accès aux prestations de soins et au niveau de la MS quelques difficultés pour honorer ses engagements financiers vis-à-vis des prestataires de soins et des autres charges (fonctionnement, gestion). A titre d'illustration, la MS **Yermandé de Khombole** après avoir évalué les cotisations de ses membres, a affiché un taux de recouvrement dérisoire de 19.32% correspondant à 1 300 000 FCFA. Selon la gérante, « si les 3 608 membres avaient régulièrement cotisé durant les 12 derniers mois, la MS allait faire entrer dans sa trésorerie 6 494 400 FCFA ». Il est aisé de constater l'énorme gap qui constitue un manque à gagner pour la MS. Interrogés sur les raisons qui les empêchent d'honorer leurs obligations vis à vis de la MS, les adhérents et membres invoquent les « *difficultés de la vie, les autres charges familiales trop pesantes, le manque d'activités génératrices de revenus pour les femmes* ». Par contre d'autres femmes n'hésitent pas à ranger cela sur le compte de la négligence, surtout quand certaines ne sentent pas le besoin d'aller se soigner car étant bien portantes. Elles se rendent finalement compte de l'importance d'être à jour si entre temps elles tombent malades ou amènent leurs enfants aux soins.

On peut retenir à ce propos que les MS de type communautaire, sont difficiles à gérer, surtout en ce qui concerne le recouvrement des cotisations. La collecte est effectuée par des relais bénévoles qui ont l'impression de *courir à chaque fois derrière les membres, voire de les importuner* pour récupérer la cotisation mensuelle.

3.3.1.5 Mutuelles de santé/Femmes non bénéficiaires

Les discussions effectuées avec des femmes non bénéficiaires de la MS révèlent que ces dernières ont généralement une bonne perception de la MS. Elles croient que la MS œuvre pour la promotion de la santé des populations et plus particulièrement des femmes. Certaines femmes même affirment que le « *fait d'être en dehors de la MS n'est pas du tout agréable. C'est un état qui nous porte beaucoup de préjudices en sachant les nombreuses contraintes financières liées à l'accès aux soins de santé par les ménages et les opportunités offertes par les mutuelles de santé.* ». Les non adhérentes considèrent les adhérentes comme des privilégiées du « *fait qu'avec leur carnet (livret de membre), elles accèdent mieux aux structures sanitaires, sont mieux traitées et paient moins d'argent que nous* ».

Une autre explication donnée aussi est le manque de revenus conséquents pour honorer régulièrement les cotisations. Cependant, suivant l'avis de certains administrateurs, gérants et promoteurs de MS le manque d'information, le manque de confiance et l'indigence sont les principales cause de non adhésions à la MS, voire d'abandons.

3.3.2 Accès aux soins et services en SR

3.3.2.1 Niveau d'utilisation des soins et services en SR

Tableau 20

Soins et Services SR	Accès aux soins et aux services SR			
	OUI	%Oui	Non	%Non
Planification familiale	02	04	48	96
Soins prénatals	23	46	27	54
Services accouchement	07	14	43	86
Services postnatals	32	64	18	36
Prévention et traitement des IST/VHI/SIDA	0	0	50	100
Traitement avortement	1	2	49	98
Traitement stérilité	0	0	50	100
Autres	2	4	48	96

Toutes les femmes interrogées affirment avoir eu à utiliser au moins un service SR au cours des six derniers mois. Il ressort de l'analyse que les plus importants recours de services SR concernent principalement le suivi postnatal, prénatal, les soins liés à l'accouchement et la PF. Les soins postnatals sont les plus sollicités en raison du fait qu'ils concernent à la fois la mère et le nourrisson ou les enfants de 0 à 5 ans.

Les traitements des IST/VIH/SIDA, de la stérilité et de l'avortement ne sont presque pas sollicités, du moins si l'on s'en tient aux propos des répondantes. En réalité un tabou entoure davantage les questions liées aux IST/VIH/SIDA et à la stérilité tandis que l'avortement (notamment l'IVG) relève de l'illégalité.

En évaluant le nombre de fois que les répondantes se sont rendues dans une structure sanitaire durant les six derniers mois pour solliciter un service SR, l'on remarque 58% ont reçu au minimum quatre fois des soins postnatals. Parmi elles, 20% ont effectué trois consultations prénatales et que 04% d'entre elles ont utilisé au moins à deux reprises la PF. Par contre 14% des femmes ont bénéficié d'un service accouchement et la fréquentation pour tous les autres services SR est quasi nulle lors des six derniers mois.

L'utilisation des services SR notamment surtout en ce qui concerne les soins postnatals par les femmes, leurs nourrissons et pour leurs enfants a sensiblement augmenté à cause de la période d'hivernage. Cette période selon l'avis des techniciens de la santé est toujours marquée par un rush des maladies telles que le paludisme dont les femmes et les enfants sont les principales victimes.

3.3.2.2 Structures sanitaires fréquentées

Tableau 21

Structures sanitaires	Effectif	Pourcentage
Hôpital	8	16
Centre de santé	13	26
Poste de santé	29	58
TOTAL	50	100

Nous pouvons noter que le poste de santé polarise l'essentiel de la demande de soins et services SR de la population enquêtée soit 58%. Le deuxième choix dans la fréquentation des structures sanitaires est le centre de santé. Il apparaît comme expliqué ci-dessus que la majorité des consultations et soins s'effectuent à l'échelle périphérique du système sanitaire alors que 16% seulement se font à l'hôpital. Les patientes ou consultantes privilégient l'accessibilité géographique mais aussi et surtout financière quant au choix d'une structure sanitaire.

L'itinéraire thérapeutique des malades et usagers mutualistes correspond aux structures conventionnées par les MS. En outre l'on peut signaler un respect de la pyramide sanitaire par les mutualistes.

3.4 Les dépenses en soins et services en SR

Tableau 22

Montant des dépenses en FCFA	Effectif	Pourcentage	Pourcentages cumulés
Moins de 2 500 CFA	17	34	20
De 2 500 à 5 000 CFA	22	44	78
De 5 001 à 7 500 CFA	4	08	86
De 7 501 à 10 000 CFA	2	04	90
Plus de 10 000 CFA	5	10	100
TOTAL	50	100	

Dans ce tableau, nous pouvons observer que pour 78% des ménages enquêtés, les dépenses en soins et services en SR sont inférieures ou égales à 5 000 F CFA. Pour seulement 10% des ménages, ces dépenses dépassent 10 000 F.CFA au cours de six mois précédents l'enquête. La dépense moyenne est de 4 630 F CFA, la dépense la moins élevée est à 400 FCFA, tandis le montant le plus élevé est à 30 000 F CFA. Ces sommes avancées par les répondantes sont proches de la réalité car elles correspondent à la cote part versée payée par le patient (e) ou le (la) malade étant entendu que l'autre partie est prise en charge par la mutuelle de santé. Ces montants donnent une idée l'accessibilité financière des soins et services en SR rendue possible par la mutuelle de santé. L'appréciation très positive qu'en feront les femmes nous en édifiera davantage.

3.4.1 Prise en charge des dépenses en SR

Tableau 23

Prise en charge des dépenses en SR	Effectif	Pourcentage
Vous-même	08	16
Votre conjoint	31	62
Votre conjoint et vous	11	22
Autres	00	00
TOTAL	50	100

Il ressort de ce tableau que malgré les coûts relativement abordables, l'essentiel des dépenses en matière de SR est à la charge des hommes soit 62% des cas. Toutefois, une bonne partie des répondantes soutient que la prise en charge de ces dépenses relève uniquement d'elles-mêmes, soit 16%. En outre, dans 22% des cas, il est arrivé que la prise en charge des dépenses en SR soit commune autrement dit, les femmes participent au même titre que leurs conjoints dans le paiement des prestations sanitaires.

3.4.2 Appréciation sur les dépenses en SR

Tableau 24

Appréciation sur les dépenses en SR	Effectif	Pourcentage
Trop chères	00	00
Chères	00	00
Un peu chères	05	10
Pas du tout chères	45	90
TOTAL	50	100

L'écrasante majorité des femmes interrogées, à savoir 90% d'entre elles, trouvent que les dépenses en SR effectuées à travers la mutuelle de santé ne sont pas du tout chères. C'est pourquoi elles affirment toutes que quelque soit le niveau de revenus de leur ménage, elles parviennent à prendre correctement en charge les

dépenses en SR. Pour les femmes interrogées donc la mutuelle de santé facilite leur accès aux soins et services SR.

Depuis leur adhésion à une mutuelle de santé et précisément durant les six derniers mois ayant précédés l'enquête, rares sont donc les femmes qui ont une fois renoncé à un soin ou service SR faute argent. Les deux femmes rencontrées ayant eu à renoncer à des soins durant les six derniers mois précédant l'enquête sont diabétiques. Cette maladie classée parmi les « maladies chroniques » nécessite pour le malade plusieurs soins et représente pour la mutuelle de « gros risques ».

A la question « comment la mutuelle de santé vous facilite-t-elle l'accès aux et services en SR ? », les femmes répondent souvent à travers la diminution des charges financières et une meilleure prise en charge des problèmes sanitaires mais elles font rarement cas de l'amélioration de la qualité ou du relèvement du plateau technique. Les opinions recueillis à partir des causeries ainsi que les avis donnés par les administrateurs, les promoteurs et les prestataires de services nous renseignent que les catégories qui bénéficient le plus de la mutualité sont les femmes et les enfants. Une dame de Khombole qui chantait les bienfaits de la mutuelle sous forme de poème laissait entendre que « *certes la mutuelle rend service à la famille et à la communauté mais ce sont surtout les femmes et les enfants qui en tirent le bénéfice* ». Elle conclut en disant que la mutuelle de santé appartient à la femme et à l'enfant, la promotion ou la survie de cette entreprise repose entre les mains des femmes qui doivent faire preuve de courage et de ferme volonté.

Durant une causerie organisée à Thiès, un groupe de femmes affirmait « *qu'avec l'avènement de la mutuelle de santé nous autres femmes nous osons maintenant aller nous soigner ou nous consulter ce qui n'était pas le cas avant. En effet auparavant on hésitait le plus souvent à se rendre dans une structure sanitaire car nous étions angoissées par les coûts exorbitants des soins et des ordonnances. La mutuelle de santé a mis fin à ces appréhensions et désormais nous nous rendons spontanément aux soins ou en consultations, en sachant au bout du compte que quelque soit le coût, la prise en charge sera possible.* »

3.4.3 Les difficultés et contraintes dans le fonctionnement des mutuelles de santé

En dépit des avantages que possède la mutuelle de santé, celle-ci présente des limites. En effet, un certain nombre de difficultés ou contraintes s'opposent à l'ambition de ce type d'organisation à assurer l'accès aux soins et services de santé notamment en SR. Les principales contraintes sont notées dans le fonctionnement et la gestion de la mutuelle de santé. Les faiblesses des mutuelles de santé sont perçues selon plusieurs angles et les points de vue divergent selon que l'on soit mutualiste, administrateurs, promoteurs ou prestataires de soins.

➤ Pour les mutualistes :

- ❖ La première limite notée par les membres et bénéficiaires concerne le niveau et la gamme de prestations. Pour les répondantes, certaines mutuelles de santé ne couvrent pas les soins hospitaliers (ou soins lourds) et la gamme de soins est trop réduite.
- ❖ Les cotisations sont chères par rapport à la faible capacité de contribution des membres qui sont le plus souvent confrontés à la pauvreté et à l'indigence.
- ❖ Les fréquentes ruptures de stock de médicaments génériques (IB) dans les structures sanitaires conventionnées. Cette situation les oblige d'aller acheter les médicaments prescrits dans les officines où les coûts sont plus élevés.
- ❖ Les problèmes de gestion des lettres de garanties surtout durant les urgences
- ❖ Le fonctionnement des organes et des instances de directions où les renouvellements ne se font pas comme prévus par les textes et certaines couches de la population ne se sentent pas impliquées dans la vie de la mutuelle de santé.
- ❖ Le manque de campagne de sensibilisation des masses et de promotion de la mutuelle de santé en vue de fidéliser les adhérents et de recruter d'autres membres.

➤ Pour les gérants de mutuelles de santé :

- ❖ Le bénévolat le principal handicap du développement de la mutuelle de santé. En effet, les gérants et les relais ne sont pas payés à la mesure de la tâche qu'ils effectuent. Ce manque de motivation a des conséquences néfastes sur le mode de gestion et la bonne marche de la mutuelle de santé.

- ❖ Les problèmes de recouvrement des cotisations où ils ont l'impression de courir derrière les gens voire de les importuner pour qu'ils s'acquittent de leurs cotisations. Cette situation est rendue complexe par le manque de moyens de déplacement pour faire la collecte. Le taux de recouvrement est très faible et le taux d'endettement des membres trop élevé empêche à la mutuelle de santé d'honorer ses engagements vis-à-vis des prestataires et autres fournisseurs.
- ❖ Le manque de moyens et d'outils de gestion et notamment le problème récurrent du siège de la mutuelle. En effet, plusieurs mutuelles de santé ne dispose pas de siège ce qui pose un problème pour leur visibilité.
- ❖ Le manque de soutien des institutions étatiques et des collectivités locales. En effet, les pouvoirs publics ne jouent pas encore le rôle qui leur est dévolu.

➤ **Pour les promoteurs de mutuelles de santé :**

- ❖ La principale limite de la mutualité réside dans l'étroitesse de la base d'adhésion étant donné que la mutuelle est la loi du grand nombre. Les mutuelles de petite taille sont ne sont pas viables.
- ❖ La faiblesse du pouvoir d'achat des ménages par rapport aux taux de cotisations. La mutuelle peut constituer un autre facteur d'exclusion pour les couches démunies et les personnes indigentes.
- ❖ L'incompréhension des fondements de la mutuelle de santé (solidarité, entraide...) par les populations qui gardent toujours des attitudes attentistes ou fatalistes.

➤ **Pour les prestataires de soins :**

- ❖ L'irrégularité dans le paiement des prestataires qui est l'une des conséquences de la faiblesse du recouvrement des coûts.
- ❖ L'absence du fonds de garantie pour pallier aux difficultés de gestion financière.

3.4.4 Propositions pour des dépenses en SR plus accessibles

Tableau 25

Propositions	Effectif	Pourcentage
Augmentation du pouvoir d'achat des ménages (hausse des salaires)	6	12
Augmentation du taux de prise en charge des frais de consultation, d'hospitalisation et des médicaments	26	52
Augmentation de la gamme de soins	5	10
Promotion de la qualité des soins et services en SR	2	4
Promotion des AGR et le micro-crédit pour les femmes	4	8
Régularité des cotisations	3	6
TOTAL	50	100

En analysant les propositions formulées par les personnes interrogées pour contourner les difficultés liées à la cherté des soins et services en SR, deux leçons peuvent être retenues. Les répondantes proposent deux sortes de mesures, celles qui dépendent d'elles-mêmes et d'autres qui dépendent de facteurs externes (mutuelle de santé et pouvoirs publics).

La plupart des solutions avancées par les femmes dépendent de concours externes à savoir :

- l'augmentation du pouvoir d'achat des ménages qui passe par la diminution des prix des denrées de première nécessité, l'accès à l'emploi ou la hausse des salaires (mesures adressées à **l'Etat**) ;
- l'augmentation du taux de prise en charge de la consultation, de l'hospitalisation et des médicaments ainsi que l'élargissement de la gamme de soins (mesures que doit prendre la **mutuelle de santé**) ;
- promotion de la qualité des soins et services et améliorer l'accueil (mesures adressées aux **prestataires de soins**) ;
- promotion des AGR et le micro-crédit pour les femmes (mesures adressées aux **promoteurs ou organismes d'appui**)
- régularité des cotisations (mesures relevant des **mutualistes**).

L'analyse des mesures préconisées par les membres et bénéficiaires des mutuelles de santé révèle que la majorité des propositions (94%) dépendent soit d'acteurs externes (pouvoirs publics et partenaires au développement) soit de la mutuelle. Tandis que les actions que les mutualistes doivent poser et les efforts qu'ils doivent consentir représentent seulement 06% des mesures préconisées. Cela renseigne encore une fois que les fondements de la mutualité qui reposent sur la solidarité entre malades et bien-portants, le sacrifice et l'entraide ne sont pas suffisamment intégrés par les membres des mutuelles. Les attitudes attentistes persistent. Autrement dit, les mutualistes privilégient les relations ascendantes (aidant-aidés) que les rapports horizontaux (entre membres). C'est pourquoi la cotisation qui est la « sève nourricière de la mutuelle de santé » est reléguée au second plan, les faibles taux de cotisations enregistrés viennent encore confirmer cette réalité.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4. Recommandations

Le diagnostic de la situation de la santé de la reproduction dans les mutuelles de santé montre que les mutuelles de santé constituent sans doute un cadre privilégié pour une bonne prise en charge de la santé de la reproduction. Compte tenu du nombre de femmes et d'enfants couverts par les mutuelles de santé et le paquet de soins et de services offerts, la mutuelle de santé est un mécanisme de prévention et de promotion de la santé maternelle et infantile. Toutefois, plusieurs difficultés et de contraintes compromettent la viabilité de la mutuelle de santé. C'est pourquoi prenant en considération les propositions faites par tous les acteurs de la mutualité, nous formulons maintenant les recommandations suivantes en vue d'une meilleure prise en charge de la santé des populations et celle des femmes et des enfants de manière plus spécifique :

- ⇒ Mener des campagnes d'information, de sensibilisations, de plaidoyer de façon permanente afin de fidéliser les membres et d'en recruter d'autres. Cela passe aussi par une implication des leaders d'opinions, l'utilisation de relais communautaires dynamiques. Ces campagnes de communication de masse ont pour objectif de faire connaître les avantages de la mutuelle et de faire accepter ses fondements ;
- ⇒ Augmenter le taux de recouvrement des cotisations afin de pouvoir élargir la gamme de prestations de soins, car l'une de ces mesures ne peut se faire sans l'autre, quand on sait d'ailleurs que la cotisation est la sève nourricière de la mutuelle ;
- ⇒ Promouvoir des activités génératrices de revenus (AGR). En couplant la mutuelle de santé au micro-crédit, une solution aux problèmes de cotisations peut être trouvée surtout à l'égard des personnes démunies ou indigentes ;
- ⇒ Former les administrateurs et faire un appui conséquent en moyens et outils de gestion à la mutuelle de santé. Trouver ensuite une solution aux problèmes du bénévolat des gérants. Une gestion transparente et efficace est toujours un gage de confiance des membres et bénéficiaires ;

- ⇒ Promouvoir la qualité des soins et l'amélioration de l'accueil à travers une renégociation du contrat de prestation, un dialogue permanent doit être noué avec les prestataires de soins afin d'obtenir et de renforcer leur collaboration ;
- ⇒ Impliquer les pouvoirs publics en vue de l'obtention d'un soutien (subvention, fonds de garantie, siège, moyens de gestion...) et pour rendre la mutuelle de santé plus crédible auprès des populations ;
- ⇒ Enfin mieux impliquer les hommes dans la vie de la mutuelle de santé et dans la prise en charge de la SR car ce sont eux les pourvoyeurs de ressources. En effet, l'essentiel des cotisations et dépenses sont effectuées par les hommes donc ces derniers constituent des partenaires privilégiés.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

L'étude que nous avons menée à Thiès sur les mutuelles de santé et l'accès aux soins et services en santé de la reproduction a été réalisée suivant plusieurs étapes. La première partie consistait à définir la problématique qui comprend les aspects théoriques qui sous-tendent l'étude. La deuxième étape est consacrée à la méthodologie qui s'articule autour de l'univers de recherche et de la stratégie de recherche adoptée. Dans la dernière partie, se trouvent l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus. Le diagnostic de la situation de la santé de la reproduction dans les mutuelles de santé a permis de faire dans la dernière partie des recommandations.

L'analyse révèle que les femmes qui composent l'échantillon sont jeunes, mariées pour bien des cas dans un régime polygamique. Ce sont des caractéristiques qui expliquent leur fécondité et leur fertilité. En outre le nombre important de femmes et d'enfants se trouvant dans les ménages détermine leurs besoins en soins et services en santé de la reproduction.

Cependant, les femmes présentent un niveau d'instruction très bas. La plupart d'entre elles sont sans profession d'où leur forte dépendance par rapport à leur conjoint. Ce dernier prend en charge l'essentiel des dépenses du ménage y compris celles liées à la santé. Les revenus des ménages sont relativement bas car les femmes et les hommes actifs évoluent le plus souvent dans l'informel en menant des activités très précaires.

Face à des besoins en soins et services en santé de la reproduction et en rapport avec des revenus des ménages bas et précaires, la mutuelle de santé constitue une réponse à la prise de la santé maternelle et infantile. En effet, les mutuelles de santé étudiées couvrent un nombre important de femmes et d'enfants. Cette catégorie représente plus de la moitié des membres et bénéficiaires. A cela, il faut ajouter que la santé de la reproduction est une priorité pour les mutuelles de santé en raison du fait que plus de 60% du paquet de soins et services offerts par ces dernières concernent la santé de la femme et de l'enfant avec des tarifs de prise en charge intéressants voire préférentiels.

Par ailleurs, la mutuelle de santé privilégie l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé. En effet la majorité des prestations sont effectuées au niveau du poste et du centre de santé (respect de la pyramide sanitaire) et la prime

demandée (cotisation mensuelle) est abordable du moins selon l'avis des membres et bénéficiaires. Dès lors des taux élevés d'utilisation des soins et services en SR sont enregistrés avec des coûts assez bas comparés aux revenus des ménages. Rares sont les cas de renoncement à un soin ou service en SR faute d'argent.

Pour toutes ces raisons, l'on peut à juste raison affirmer que les mutuelles de santé contribuent à assurer l'accès aux soins et services en matière de santé de la reproduction. L'hypothèse avancée dans le cadre de cette recherche est confirmée. En effet, dans le contexte de la décentralisation et du désengagement de l'Etat, les mutuelles de santé, constituent un mode de financement alternatif pour les dépenses en santé en possession des ménages. Elles présentent ainsi de grandes capacités pour la prévention et la prise en charge de la santé de la reproduction.

Au demeurant, les mutuelles de santé restent confrontées à un certain nombre de difficultés et de contraintes notamment sur le plan du fonctionnement, de la gestion et de la promotion. Ces difficultés, nombreuses et cruciales risquent de compromettre le développement de la mutualité. C'est pourquoi, il urge de mieux impliquer les pouvoirs publics, les partenaires au développement et de remobiliser les populations autour de ce concept de santé communautaire. C'est en fédérant ces efforts de tous les acteurs que l'on sera en droit d'attendre l'émergence d'un mouvement mutualiste fort capable de promouvoir la santé publique en général et la santé des femmes et ces enfants de manière spécifique.

Dans cette dynamique d'autres pistes de réflexion peuvent être explorées faisant appel à de nouvelles interrogations, nécessitant encore des thèmes de recherches novateurs qui dépassent largement les objectifs limités de notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Actes des journées de réflexions , mai 1992 : Priorités et stratégies en santé reproductive. Une contribution aux politiques de santé et de population du Sénégal. Imprimerie Saint Paul, Dakar 29-31 octobre 1991
2. ASBEF, 1998: Rapport de l'atelier en genre et santé de la reproduction.
3. Augé M., Herzlich, C., 1984, Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Editions des archives contemporaines.
4. Baral ,E.1977: Economie de la santé :Faits et chiffres, Dunod, Paris.
5. Berthelot, J-M. , 1990 : L'intelligence du social, PUF, Paris
6. BIT-STEP-ACOPAM/WSM-ANMC, USAID/PHR, 1998, Plate forme d'Abidjan. Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique.
7. BIT-STEP, 2003, Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, Genève
8. Banque Mondiale, 1998 : Lessons from Experiences in Nutrition, Health and Population World Bank Washington, D.C. 48p+ annexes
9. Banque Mondiale, 1993 : Résumé du 16^{ème} rapport, Investir dans la santé indicateur du développement dans le monde Washington, D.C.
10. Banque Mondiale, 1993 : Pour une meilleure santé en Afrique, Washington D.C.
11. Banque Mondiale, 1975 : Santé, Politique sectorielle, Washington, D.C, p46-47
12. Banque Mondiale, 1994 : Sénégal : Evaluations des conditions de vie, Washington, D.C., 83p
13. Banque Mondiale /UNICEF, 1987 : L'initiative de Bamako (IB)
14. Brunet-Jailly J, 1996 : La santé dans quelques pays d'Afrique de l'ouest après quinze ans d'ajustement in Coussy J et Vallin J : Crise et population en Afrique, Paris, CEPED, p233-271.
15. Brunet-Jailly J, 1998 : Health and aid in West Africa, Social Science and Medecine,45p.

- 16.** Brunet-Jailly J, 1999 : La Banque Mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? in Revue Internationale des Sciences Sociales, N°161/septembre 1999, p360
- 17.** Brisset, C.1994 : L'aide multilatérale .La santé dans le Tiers-Monde, La découverte.
- 18.** CERPOD, 1996 : Santé de la reproduction au Sahel, les jeunes en danger. Résultat d'une étude régionale dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest.
- 19** Caillot, A et ALL, 1988: Les femmes et la sécurité sociale:Les progrès de l'égalité de traitement, BIT, Genève.
- 20.** Centre International de l'Enfance (CIE), 1992 : Argent et Santé. Expérience de financement communautaire en Afrique. Actes du séminaire international, 24-27 septembre 1991, Paris, 321p.
- 21.** Cloutier, L. 1994 : L'ambiguïté des rapports sociaux au cœur des soins de santé. Le cas des femmes de Ndjaména (Tchad) Centre Sahel Québec.
- 22.** Criel, B. 2005, Courrier de la Concertation, Actes du Forum de Bamako, N°14
- 23.** Crozier M., Friedberg E., 1981 : L'acteur et le système, Le Seuil, 1977, Coll. Points, 1981, p25
- 24.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1997: Enquête démographique et de santé. EDS III
- 25.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1993: Enquête démographique et de santé. EDS II
- 26.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), Dakar juillet 1978 : Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF).
- 27.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1991, Enquête Sur les priorités (ESP).
- 28.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1997 : Rapport final, Enquête Sur les Dépenses des Ménages de la Capitale (EDMC).
- 29.** Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1996 : Rapport de synthèse, Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM): la consommation, les dépenses, les activités.

30. Direction de la Prévision Statistique (DPS), 1998 : Situation économique et sociale du Sénégal.
31. DSRP, 2002 : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, République du Sénégal, 2002.
32. De la Moussaye E. et Jacquemot P., 1993, Politiques de santé : les trois options stratégiques, Afrique contemporaine, N°166, P15-25
33. Dozon J.P., 1985, Quand les pasteriens traquaient la maladie du sommeil, Sciences Sociales et Santé, N°3-4
34. Fall, B., 1997 : Ajustement Structurel et Emploi au Sénégal, Karthala, Paris.
35. Farr, R., De Sardan, J.P.O, 1977, in Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social, P345-359
36. Flori Y-A. ,1996 : Economie des systèmes de santé des pays en développement : Quelle contribution des travaux publiés en français ? in Cahiers Santé, 1996, N°6, P360-365
37. Fournier P. et Haddad, 1995 : Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement in Gérard H. et Piché V. (dir) : Sociologie des populations, PUM/AUPELF – URED, Montréal, P 289-323
38. Gastellu J-M., Dubois J-L., 1997 : En économie : L'unité retrouvée, la théorie revisitée, in Ménages et familles en Afrique, CEPED, N°15, P75-97
39. GTZ, 2000 : Enquête des indicateurs de base en Santé de la Reproduction, Kolda,
40. GTZ, 2002 : Etudes des Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations du district de Pikine sur la PF, les IST/VIH/SIDA, la maternité sans risque et l'excision, Pikine
41. Gigase P., 1987, les fondements des soins de santé primaires : Exigences, objectifs ou mythes, in Santé, médicament et développement, les SSP à l'épreuve des faits, Sous dir Destexhe, LSF.
42. Hours, B., 1992, Anthropologie et santé publique, Cahiers des Sciences Humaines, vol 8, N°1, P123
43. Kaddar, M., 1994 : Dévaluation et Santé, in Cahiers Santé, Vol.4 : P 9-13

44. Kaddar, M., 1996 : Economie de la santé des pays d'Afrique subsaharienne, in Cahiers Santé, 1996, N°6, P 337-339
45. Labourdette, 1988 : Economie de la santé, PUF, 210p
46. Landais, E., 1990, Sur les doctrines des vétérinaires coloniaux français en Afrique, Cahiers des Sciences Humaines, Vol 26, P33-71
47. Le monde diplomatique, avril 1987 P 21-24 : La santé dans le Tiers Monde, le fardeau de la pauvreté,
48. Lerberghe, Pangu et al., 1988 : Les Politiques de Santé, l'Harmattan, Paris.
49. Le Soleil, Projet de Constitution de la République du Sénégal, samedi 09, dimanche 10 décembre, P 9 –12.
50. Mburu F.M., 1981 : Implication of the ideology and implimentation of health in a developing country, Social Science and Medecine, in Luce Cloutier, 1994: P 17-24
51. MEFP, Direction de la Planification, février 1997 : Plan d'Orientation pour le développement économique et social IX Plan, Compétitivité et développement humain durable.
52. MSPAS, 1988 : Déclaration de la Politique Nationale de santé, Dakar, Ministère de la Santé Publique, 29p.
53. Ministère de la Santé, SERDHA, Macro International inc. Calverton, Maryland, 2000 : Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS)
54. MSHP, 2003 : Bilan physique des activités du PDIS au 31 décembre 2002,
55. MSP, Avril 1988 : Déclaration de la Politique Population
56. MSP, décembre 1992 : Mise en œuvre du programme d'action de Kilimandjaro (PAK) Enseignement et Perspectives
57. MSHP, 1996 : Plan National du Développement sanitaire et Social,
58. MSHP, 2001 : Plan Stratégique Pauvreté et Santé 2002-2010,
59. MSHP, 2004 : Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de santé 2005-2010,
60. N'Diaye, P. A., 1999 : Projet de ville de Pikine, Elaboration d'un tableau de bord statistique pour la ville de Pikine, Document provisoire, Dakar

- 61.** OMS, Genève, 1992: Eléments des soins obstétricaux au premier niveau de recours, 80p.
- 62.** OMS, Genève, 1994 : La gestion sanitaire au niveau du district. Directive de mise en œuvre, Bureau Régional pour l'Afrique, 137p
- 63.** OMS, sept 1990 : La santé des femmes, résumé d'orientation de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes ; Beijing, Chine,
- 64.** OMS, Genève, 2000 : Rapport sur la santé dans le monde, Pour un système de santé plus performant.
- 65.** OMS, Genève, 2004 : Rapport sur la santé dans le monde
- 66.** OMS, Genève, 1994 : Rapport sur la maternité sans risque : soins à la mère et au nouveau né dans le centre de santé : Guide pratique, Programme de Santé Maternelle et Maternité sans risque. Division de la santé de la famille,
- 67.** OMS, Genève, 1995 : Rapport sur la maternité sans risque : Mortalité maternelle pire qu'on ne l'imaginait,
- 68.** OMS, Genève, 1978 : Les Soins de Santé Primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les SSP, Alma Ata, URSS, 88p
- 69.** Pichéral, H., 1989 : La desserte en soins médicaux. Variations socio-géographiques, Cahiers GEOS, N°16, Montpellier, Université Paul Valéry, P1-9
- 70.** Pilon M., Locoh Th., Vignikin E., Vimard P., 1997 : Ménages et Familles en Afrique : Approches des dynamiques contemporaines, les études du CEPED n°15, Paris
- 71.** QUID, 2001 : Questionnaire Unifié des Indicateurs de Développement, ESAM II
- 72.** Quivy, R. et All., 1988 : Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Bordas, Paris
- 73.** Revue de l'ASBEF, 1994 : « Bien – être », n°6 octobre – novembre – décembre 1994.
- 74.** La Pauvreté, Revue Internationale des Sciences Sociales, 1996, N°148, 1996, UNESCO
- 75.** Salem, G., 1998 : La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), Karthala et ORSTOM, Paris
- 76** Sambo, G., 2005 : Présentation du Rapport OMS Région Afrique

77. SY, A., B., 1991, Quelle santé pour l'Afrique ? Afrique Espoir, N°2, P2

78. Thiam A.T., 1996: Etude de cas sur l'ajustement structurel au Sénégal, Groupe de travail des ONG à la Banque Mondiale, rapport final.

79. Walsh, J. A., et Warren, K.S., 1979 : Selective Primary Health Care, New England of Medicine, 308, 18, pp 967-974

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

QUESTIONNAIRE :

Femmes membres/bénéficiaires

N° Zone :

I SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DU MENAGE

Q1 : Age de la répondante.....

Q2 : Religion

Musulmane

Chrétienne

Autres (à préciser)

Q3 : Situation matrimoniale

Mariée

Célibataire

Divorcée

Veuve

Q4: Régime matrimonial

Polygame

Monogame

Q5: Niveau d'instruction

Aucun

Alphabétisation en arabe et/ou en langue nationale

Primaire

Secondaire premier cycle

Secondaire deuxième cycle

Universitaire

Q6 : Taille du ménage.....

Q7 : Nombre d'enfant de 0 à 5 ans que compte votre ménage.....

Q8 : Nombre de femmes en âge de reproduire (FAR) que compte votre ménage.....

Q9 : Votre principale activité

Emploi salarié

Commerçant

Agriculteur

Chômeur

Retraité

Autres (à préciser)

Q10 : Revenu mensuel procuré par l'activité principale

Moins de 35.000 FCFA

De 35.000 F à 50.000 FCFA

De 51.000 FCFA à 75.000 FCFA

De 76.000 FCFA à 100.00 FCFA

Plus de 100.000 FCFA

Q11 : Avez-vous d'autres sources de revenus ?

Oui

Non

Q12: Si Oui, lesquelles ?

Dons, transferts intra ménages et inter ménages

Epargne, tontine

Entraide

Autres activités (à préciser)

Q13 : A combien estimez-vous ces revenus additionnels par mois ? :

Q14 : Quelle est la profession de votre conjoint ?

Sans profession

Commerce, Artisanat, Transport

Emploi salarié

Agriculture

Retraité

Q15 : A combien évaluez-vous les revenus mensuels de votre ménage ?

Moins de 35.000 FCFA

De 35.000 FCFA à 50.000 FCFA

De 51.000 FCFA à 75.000 FCFA

De 76.000 FCFA à 100.000 FCFA

Plus de 100.000 FCFA

Q 16 : Jusqu'à quel point ces revenus permettent-ils de prendre en charge votre ménage ?

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Insatisfaisant

II MUTUELLE DE SANTE ET ACCES AUX SOINS ET SERVICES EN SR

Q17: Depuis quand êtes-vous membre de la MS ?.....(durée en mois)

Q 18 : Combien de bénéficiaires de la MS compte votre ménage ?.....

Q 19 : Qui prend en charge les cotisations ?

Vous même

Votre conjoint

Vous et votre conjoint

Autres (à préciser)

Q20 : Etes-vous à jour de vos cotisations ?

Oui

Non

Q21 : Quels sont les services offerts par votre MS ?

Q22 : Quelles sont les services en SR couvertes par la MS ?

Q23 : Parmi ces services SR, lesquels avez-vous utilisés ces six derniers mois ?

Planification familiale

Soins prénatals

Services accouchement

Soins post-natals

Prévention et traitement des IST/VIH/SIDA

Traitement de l'avortement

Traitement de la stérilité

Autres (à préciser)

Q24 : Combien de fois avez-vous utilisé ces services les six (06) derniers mois ?

Services utilisés	Nombre de fois
Planification familiale	
Soins prénatals	
Services accouchement	
Soins post-natals	
Prévention et traitement des IST/VIH/SIDA	
Traitement de l'avortement	
Traitement de la stérilité	
Autres (à préciser)	

Q25 : Dans quelle(s) structure(s) sanitaire(s) avez-vous utilisé ces services SR ?

- Hôpital
- Centre de santé
- Poste de santé
- Clinique privée
- Autres (à préciser)

Q26 : A combien estimez-vous les coûts financiers de ces prestations en SR durant les six (06) derniers mois ? (*Montant de la cote-part uniquement considéré*)

- Moins de 2 500
- De 2 500 à 5 000 FCA
- De 5 001 à 7 500 FCA
- De 7 501 à 10 000 FCA
- Plus de 10 000 FCA

Q27 : Qui a pris en charge ces dépenses ?

- Vous même
- Votre conjoint
- Vous et votre conjoint
- Autres (à préciser)

Q28: Quelle appréciation faites-vous de ces dépenses en SR ?

- Trop chères

Chères

Un peu chères

Pas du tout chères

Q29 : Jusqu'à quel point vos revenus permettent-ils de prendre en charge ces dépenses en SR ?

Correctement

Difficilement

Très difficilement

Q30 : Depuis que vous êtes membre de la MS, avez-vous une fois renoncé à un service SR faute de moyens financiers ?

Oui

Non

Q31 : Si oui lesquels et combien de fois ?

Types de services	Nombre de fois
Planification familiale	
Soins prénatals	
Services accouchement	
Soins post-natals	
Prévention et traitement des IST/VIH/SIDA	
Traitement de l'avortement	
Traitement de la stérilité	
Autres (à préciser)	

Q32 : La MS facilite-t-elle l'accès aux soins et services en SR ?

Oui

Non

Q33 : Si oui comment :

Diminution des charges financières

Facilité d'accès aux structures sanitaires à travers la convention

Meilleure prise en charge des problèmes sanitaires (sensibilisation et prévention)

Qualité des soins et services

Autres (à préciser)

Q34 : Au sein de votre MS, avez-vous une fois rencontré des problèmes ou des difficultés dans la prise en charge des soins et services SR ?

Oui

Non

Q35 : Si oui, lesquels :

Lenteur dans la délivrance des lettres de garantie

Mauvais accueil et durée du temps d'attente

Mauvaise qualité des soins reçus

Rupture de stock de médicaments (IB)

Gamme des soins et services en SR couverts trop étroite

Autres (à préciser)

Q36 : Que proposez-vous pour que les dépenses en SR soient plus accessibles ou abordables ?

Augmentation du pouvoir d'achat des ménages

Augmentation de la subvention des frais de consultation, d'hospitalisation, d'achat de médicaments

Augmentation de la gamme de soins en SR couverts

Promouvoir la qualité des soins et services

Promouvoir des AGR et le micro- crédit pour les femmes

Autres (à préciser)

GUIDE D'ENTRETIEN :

Focus-Groups de femmes bénéficiaires de la MS

I. PERCEPTION DE LA MUTUELLE DE SANTE

1. Niveau de connaissance de la mutuelle de santé (*objectifs, populations cibles, populations couvertes, organes, adhésions, cotisations, prestations, conventions*)
2. Quelles appréciations faites-vous du fonctionnement de la MS ?
 - Régularité des cotisations
 - Gamme des prestations couvertes
 - Taux de prise en charge
 - Fonctionnement des organes
3. Quels bénéfices avez-vous obtenus en étant membre et bénéficiaire de la mutuelle de santé ?
 - comparer la situation actuelle de la bénéficiaire de celle où elle n'avait pas encore adhéré et bénéficié des services offerts par la MS.
 - Comparer votre situation sanitaire avec celle des femmes non membre de la MS

II. PRISE EN CHARGE DE LA SR A TRAVERS LA MS

4. Quelles appréciations faites-vous de la prise en charge des soins et services en SR
 - Besoins en SR des membres
 - Prestations en SR couvertes
 - Prestations en SR non couvertes
 - Coût des prestations en SR
5. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au fonctionnement de votre MS et par rapport à la prise en charge de votre SR
6. Quelles difficultés et contraintes pouvez-vous noter dans le fonctionnement de la MS et dans la prise en charge de la SR ?
7. Que proposez-vous pour une meilleure prise en charge de vos besoins en SR



GUIDE D'ENTRETIEN :

Focus-Groups de femmes non bénéficiaires de la MS

I. PERCEPTION DE LA MUTUELLE DE SANTE

1. Niveau de connaissance de la mutuelle de santé (*objectifs, populations cibles, populations couvertes, organes, adhésions, cotisations, prestations, conventions*)
2. Selon vous la MS offre-t-elle des avantages dans la prise en charges des besoins sanitaires de ses membres ?
(*Comparer votre situation actuelle avec celle des membres et bénéficiaires de la MS*)
3. Pourquoi n'avez-vous pas adhéré à la MS ?
 - Manque d'information
 - Coût des prestations, pauvreté, indigence
 - Manque de confiance dans les dirigeants...
 - Autres raisons à préciser

II. PRISE EN CHARGE DE LA SR

4. Quelles appréciations faites-vous de la prise en charge actuelle de vos soins et services en SR
 - Besoins en SR
 - Mode de prise en charge
 - Coût des prestations
5. Quelles difficultés et contraintes pouvez-vous noter actuellement dans la prise en charge de vos besoins en SR ?
6. Que proposez-vous pour une meilleure prise en charge de vos besoins en SR
7. Croyez-vous qu'une adhésion à une mutuelle de santé est égale à une meilleure prise en charge de vos besoins en SR ?

GUIDE D'ENTRETIEN :

Administrateurs et Gérants de MS

I. PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE

1. Nom et type de votre mutuelle
2. Quelles sont les cibles ?
3. Quels sont vos objectifs en mettant en place cette MS ?
4. Quels sont les organes de la MS, Comment fonctionnent-ils ? (*mode d'adhésion, de cotisation, période d'observation, statuts et règlement intérieur...*)
5. Quelle est la population couverte (*nombre d'adhérents, nombre de bénéficiaires, nombre de démissions*)
6. Avez-vous des partenaires ? si oui, quels sont la nature et l'impact de leur appui dans le fonctionnement et la promotion de la MS ?

II. PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DANS LA MS

7. Pouvez-vous nous déterminer le nombre de femmes et d'enfants bénéficiaires ?
8. Quelles sont les
9. Quelles sont les structures sanitaires avec lesquelles vous avez contractualisé ?
10. Quelles prestations en matière de santé de la reproduction sont prises en charge par votre MS ?
11. Quelle appréciation faites vous du niveau de satisfaction des membres et bénéficiaires de la MS ? (*avantage-coût*)
12. Quelle appréciation faites vous du niveau de prise en charge de la santé de la reproduction par votre MS ?
13. Quels sont les atouts et les avantages que possède votre MS ?
14. Quels sont les contraintes et difficultés que vit votre MS ?
15. Quelles suggestions et recommandations formulez-vous pour un meilleur fonctionnement de la MS et une meilleure prise en charge de la santé de la reproduction ?

GUIDE D'ENTRETIEN :

Prestataires de soins

I. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

1. Présentation de votre structure sanitaire (*publique / privée, PS, CS, Hôpital*)
2. Populations polarisées
3. Personnel médical et plateau technique

II. RELATIONS PRESTATAIRE / MUTUELLE DE SANTE

4. Quelles sont les MS avec lesquelles vous avez conventionné et la population polarisée ?
5. Quelles prestations sont concernées par le contrat de prestations ?
6. Votre structure collabore-t-elle avec les MS pour des activités préventives et promotionnelles en matière de santé et en SR notamment ?
7. Quelles appréciations faites du respect des dispositions contractuelles de votre part et de la part de la MS ? (*caution et remboursement à temps par la MS, régularité et qualité des soins par le prestataire*).

III. PRISE EN CHARGE DE LA SR

8. Quelles appréciations faites-vous entre les besoins en soins et services SR et l'offre disponible ? Les patients et usagers sont-ils satisfaits du service offert ? Du plateau technique ?
9. Les MS constituent-elles une réponse à une bonne prise en charge de la SR ?
10. Quelles contraintes ou difficultés rencontrez-vous dans les relations avec les MS, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la SR ?
11. Quelles solutions ou stratégies préconisez-vous pour une meilleure prise en charge de la SR dans le cadre de la MS ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Partenaires techniques et Promoteurs de MS

I. PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'APPUI

1. Pouvez-vous la présentation de votre structure (*mission, objectifs, partenaires, ressources, cibles, zones et modes d'intervention*)
2. Quelle est la nature de votre appui ? (institutionnel, technique, financier...)
3. Quelle appréciation faites-vous sur l'impact de votre appui dans le développement des MS (*renforcement de capacités*) ?

II. PRISE EN CHARGE DE LA SR A TRAVERS LA MS

4. Comment la SR est prise en charge par les MS-partenaires ? (*nombres de femmes et d'enfants bénéficiaires, prestations en SR prises en charge, rapport qualité-coût*)
5. Quelle appréciation faites-vous sur le niveau de satisfaction des femmes dans la prise en charge de la SR à travers la MS ? (*comparer les besoins en SR et l'accès aux prestations*)
6. Quelle appréciation faites-vous sur l'impact de votre appui dans la prise en charge de la SR par les mutuelles de santé partenaires ?
7. Quelles sont les contraintes ou les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de votre de partenariat avec les MS ?
8. Quelles sont les contraintes ou les difficultés que vous avez eu à noter dans la prise en charge de la SR à travers les MS ?
9. Quelles solutions ou stratégies préconisez-vous pour une meilleure prise en charge de la SR dans le cadre de la MS ?