

Courrier de la Concertation

Numéro 10 - 11

Avril - Juillet 2003

Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre

Sommaire

Editorial : La qualité des soins, une perception ? un idéal .. un défi ! 1

Dossier : Vers une meilleure implication des mutuelles de santé pour la qualité des services 2

Contributions : Ce qu'ils pensent de la qualité des soins 4

Santé : Le paludisme, un ennemi des mutuelles ? 6

Supplément : extrait de «La qualité des soins pour les communautés : Un manuel pour les gérants des mutuelles de santé» 7

Expériences / Partenariat : La mutuelle de santé de Fatako 12

La mutualité malienne s'engage avec les Ong et les collectivités locales 13

Mutuelle de santé Bokk Faj : mise en place d'un dépôt de médicaments 14

Cadres de Concertation : les acteurs nationaux se réunissent 14

Evénements 15

Bibliographie 16

Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ/assurance maladie, PHRplus, AIM, UNMS et RAMUS

La Concertation,
8, Cité Pyrotechnique, Mermoz
BP 414 - Dakar / Sénégal
Tél. : (221) 860 46 28
Fax : (221) 860 11 25
Email : concemut@sentoo.sn
Http://www.concertation.org

Le but ultime des mutuelles de santé est d'améliorer au maximum la santé de tous les membres en leur fournissant, quand ils en ont besoin, l'accès à des soins de santé de qualité. Ceci est tout un processus qui dépend à la fois de l'organisation générale des prestataires de soins et du besoin et de la perception du malade.

L'accès à des soins de qualité (fondé en priorité sur les besoins du patient) vise toutes les prestations prises en charge par la mutuelle et leur traitement, de même que la promotion du mieux-être et la prévention. Son accomplissement reflète l'efficacité des soins sur le plan clinique, la prestation des soins voulus, en temps opportun et à l'endroit qui convient. Il est offert aux personnes sans distinction. L'évaluation de la qualité des soins n'est pas toujours facile et n'intègre pas systématiquement la participation des bénéficiaires. Quel est le véritable rôle des mu-

La qualité des soins, une perception ??? un idéal ... un défi !!!

tuelles de santé dans l'atteinte de la qualité des soins ? et surtout, quels sont les moyens d'appréciation puis d'action sur la qualité ?

Un bon indicateur de qualité théorique est celui qui qualifie l'état de santé. Une bonne qualité des soins devrait être reflétée par de bons résultats en terme d'indicateurs de santé.

L'évaluation des procédures semble aussi pertinente et facile à mettre en œuvre que l'évaluation des résultats. En effet, il est plus facile d'évaluer de manière reproductible, et sans

Suite à la page 6



Dossier

Vers une meilleure implication des mutuelles de santé pour la qualité des services

Le caractère innovateur des mutuelles de santé ne permet pas encore de quantifier leur impact sur les politiques de santé des pays. Néanmoins, la mutuelle de santé apparaît désormais comme une des stratégies alternatives les plus prometteuses pour le financement de la santé.

Pourtant, les mutuelles de santé semblent encore loin d'avoir libéré tout leur potentiel. Aussi, PHRplus, en partenariat avec le BIT/STEP et le Stronger Voices Project¹, se sont-ils intéressés de comprendre : *Comment les membres de la mutuelle de santé perçoivent-ils la qualité des services ? Quel rôle des clients regroupés au sein de mutuelles de santé peuvent-ils jouer dans ce contexte ?* Jusqu'ici en effet, il était d'usage de considérer la question de la qualité des services dans la perspective des techniciens.

L'objet de cet article est de discuter de l'opportunité et de la faisabilité d'un programme d'amélioration de la qualité des services dans le contexte de la mutuelle de santé. Précisément il s'agit d'examiner la nature et la forme qu'une éventuelle implication des mutuelles de santé devraient prendre. L'essentiel de ces réflexions gravitent autour des résultats de l'étude menée par PHRplus et le BIT/STEP²

La qualité des services est avant tout une question de jugement, d'appréciation. Malgré la diversité des formes qu'elle peut revêtir, l'assurance de la qualité se résume en une quête rationalisée d'une offre de services de santé satisfaisants. Bien menée, la recherche de la qualité des services est une opération à forte valeur ajoutée. Elle peut être éminemment profitable aussi bien aux clients qu'aux prestataires, aux décideurs et aux politiques. Au niveau local, il est certain que les mutualistes attendent une contrepartie de valeur aux sommes qu'ils versent. Ils sont en effet plus conscients de leur participation directe au financement des services de santé. Une mutuelle de santé qui veillerait à une amélioration progressive des services offerts à ses membres devrait

en retour obtenir une motivation supplémentaire de la part de ses membres. En conséquence, cela aura un impact certain sur la viabilité de la mutuelle de santé. Ensuite, on peut donc raisonnablement penser que la satisfaction des clients entraînera une demande accrue de services de santé. Enfin, la crédibilité du système de soins de santé lui-même dépendra largement de la qualité des services offerts.

Quelques résultats tirés de l'étude menée auprès de gestionnaires de mutuelles montrent que de nombreuses initiatives ont été prises par les mutualistes, dans cette direction. A la question de savoir ce qu'ils souhaitent des prestataires, en prélude à la signature d'une convention, les répondants ont considéré en priorité :

Conditions évoquées	%
Relations interpersonnelles avec le prestataire satisfaisantes	18%
Prestataire efficace et obtenant de bons résultats dans le traitement des patients	18%
Disponibilité des médicaments	15%
Propreté de la structure de santé	15%
Compétence et formation du prestataire	13%
Satisfaction des Clients vis-à-vis du prestataire	13%
Services financièrement accessibles	8%

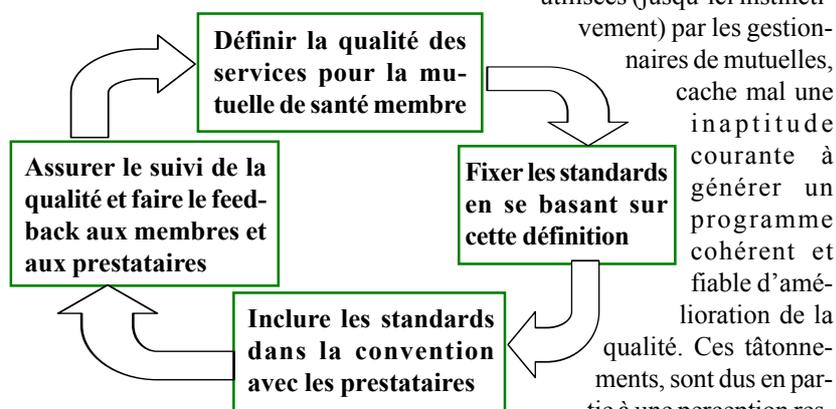
L'étude révèle aussi que 52 % des gestionnaires interrogés assurent que la qualité est la première préoccupation de leur travail. On note que des conventions écrites sont établies entre les mutuelles et les prestataires dans toutes les mutuelles fonctionnelles au Sénégal (38% au Ghana, 29% en Tanzanie). Dans ces conventions, on retrouve des éléments de qualité explicites, considérés comme des conditions à satisfaire par le prestataire. Il est vrai que prises individuellement, il y a peu d'éléments dans chacune des conventions, mais une large diversité de standards y figurent.



Finalement, si l'on se fie à ces résultats, il est incontestable que les mutualistes sont intéressés par la recherche d'une qualité améliorée et s'y investissent déjà. De toute évidence, cette quête est pour le moment loin d'être structurée. Les mutualistes parviennent à déterminer certaines dimensions de la qualité, les traduisent en préoccupations majeures et s'investissent ensuite dans leur contrôle. Parmi les recettes qu'ils appliquent comme méthodes de contrôle et de suivi de ces préoccupations, figurent les interviews de sortie, les visites à leurs membres hospitalisés, les focus group, les boîtes à idées/plaintes. Il existe aussi des méthodes moins formelles telles que le bouche à oreille. Mieux, on découvre que les gestionnaires de mutuelles sont conscients que la qualité des services va au delà de la simple compétence technique du prestataire (arrivée au 3^e rang seulement).

Face à de tels constats, il fallait simplement s'atteler à un 'reingeneering' des compétences afin de doter les gestionnaires de mutuelles d'une conscience avisée et d'une maîtrise suffisante des techniques d'assurance de qualité.

Pour obtenir un niveau satisfaisant de qualité des services, la conduite d'un certain nombre d'activités est nécessaire. Cette opération s'effectue de manière itérative et cyclique, telle qu'illustrée par le diagramme ci-dessous.



Partant de ce modèle théorique, un projet de formalisation des activités d'assurance de qualité pour les mutuelles de santé a été conduit par PHRplus et le BIT/STEP. Cette entreprise a abouti à l'élaboration d'un

guide¹ qui vise à mettre à la disposition des mutualistes des outils pratiques et simples pour établir, suivre et évaluer la qualité des services en partenariat avec les prestataires.

En reconnaissant que le prestataire et le client sont au centre du processus de création de services de santé de qualité, les concepteurs et promoteurs de cet ouvrage ont surtout misé sur la subtilité des mutualistes en matière de gestion. Il était nécessaire avant tout de rendre explicite ce concept de qualité des services pour permettre d'en discuter le niveau acceptable, avant de s'engager à le matérialiser par des outils adéquats. Le guide est destiné en priorité aux gestionnaires des mutuelles de santé. Au niveau du contenu, on notera en conséquence que le guide développe une approche propre aux mutuelles. Des outils d'évaluation (questionnaires), des méthodes de développement des standards y sont aussi exposées, spécifiquement à la cible primaire. Le guide subira un test au cours de cette année. Cette épreuve devrait établir sa validité en tant qu'outil didactique. Elle devrait aussi permettre d'apprécier sa capacité à faire naître, maintenir et consolider la dynamique de l'assurance de qualité.

Au total, la complexité du concept de qualité des services fait que sa pratique est encore approximative au sein des mutuelles. La diversité des méthodes de développement et de suivi utilisées (jusqu'ici instinctivement) par les gestionnaires de mutuelles, cache mal une inaptitude courante à générer un programme cohérent et fiable d'amélioration de la qualité. Ces tâtonnements, sont dus en partie à une perception restrictive de la qualité, d'où la mise sur pied et le monitoring de programmes d'assurance de qualité fragmentaires. Une meilleure qualité des services nécessite l'implication de tous les protagonistes de la santé, un partage des rôles et une démarche méthodique.

Services Soins Santé qualité



En définitive, la mutuelle de santé apparaît actuellement comme une des formules les plus achevées du financement communautaire de la santé. La présente expérience ouvre de nouvelles perspectives dans la vie des mutuelles et dans le champ de l'assurance de qualité. Ainsi, la démarche qui a présidé à la naissance de ce guide sera adoptée pour élaborer un second guide, complément indispensable, destiné aux prestataires et qui prendrait en compte leurs préoccupations spécifiques. Ce second ouvrage servirait d'interface en rendant possible la création d'un espace de rencontre entre mutualistes et prestataires. Pour l'heure, l'actuel guide pourra s'inclure facilement dans la panoplie des outils d'appui technique aux mutuelles de santé. Son adoption pourrait améliorer notablement le fonctionnement des mutuelles et revigorer leur impact sur les politiques de santé en général.

¹ Stronger Voices est une initiative du FNUAP qui envisage l'amélioration de la qualité des soins de santé reproductive à travers l'organisation de la demande.

² Kelley E. & Quijada C., The role of quality in Mutual Health Organizations. Report of a field study in Ghana, Senegal and Tanzania. PHRplus / Bethesda (2002).

³ Kelley A. & al. Quality Care for Communities: A manual for Mutual Health Organizations. Abt Associates / PHRplus publication prévue courant 2003

Contributions

Ce qu'ils pensent de la qualité des soins



Chris Atim, PHRplus

Le problème de la qualité des soins est général et ne préoccupe pas uniquement les mutuelles ; mais ces dernières peuvent apporter des changements. L'atelier sur la qualité des soins (Ghana) montre que nous sommes à une étape significative. Au début, il s'agissait d'accès aux soins. Maintenant

nous parlons de la qualité des soins. Cela prouve que **les mutuelles ont la capacité et ont contribué à produire des changements aux qualités des soins dans les dix dernières années**. Les responsables des mutuelles doivent cependant maîtriser les paramètres d'appréciation de la qualité des soins.

Docteur Aaron Kwabena OFFEI, Directeur de la Santé de la région Centrale (Ghana)

Nous pensons que les mutuelles sont en mesure d'apporter quelque chose dans l'amélioration de la qualité des soins parce qu'avec les contrats qu'elles passent avec les prestataires, il y a un accord entre deux parties. **La contractualisation est donc une opportunité pour intégrer les attentes des différentes parties sur la qualité et de travailler pour leur satisfaction**. Il y a le respect qui s'impose pour chacune des parties. Au Ghana, nous avons développé un système de qualité dans tous nos hôpitaux. Mais ce sont des mutuelles qui vont agir comme des acheteurs. Elles doivent comprendre ce qu'elles entendent par qualité. Ce que je veux dire c'est que les structures existent et ce qui reste à faire c'est la prise en compte des attentes des clients. Il est possible que nous invitons les mutualistes dans les comités qui supervisent la qualité notamment au niveau régional.



Antoine P. Zodin, Mutuelle de santé pour Tous - MUSANT, Bénin

Au Bénin, nous pouvons nous rassurer que le plateau technique des formations sanitaires répondent aux normes internationales. Jusque là, les pathologies identifiées ont été réglées de manière satisfaisante, ce qui permet de dire que les médecins sont

très bien formés. **Le fait que le malade soit guéri ne signifie pas par contre que les soins sont de qualité. Il y a la suite du traitement**. Chaque année, nous réalisons des enquêtes auprès des membres sur leur satisfaction sur les soins, la qualité de l'accueil, l'adaptation des soins à leur maladie. Généralement l'enquête montre que les membres de la mutuelles sont satisfaits. Mais par ailleurs, nous avons

la pression des délégués médicaux qui poussent les médecins traitant vers les spécialités alors que la mutuelle fait un effort pour mettre à la disposition des médecins les fiches d'équivalence.



Démé Sylvain Mosac, Secrétaire à l'information et à la propagande, mutuelle de santé Laafi Têebo (Burkina Faso)

De toutes les façons pour nous, le problème ne se pose pas parce que dans les centres de santé, le Ministère decerne chaque année des prix sur la qualité. Ce sont les «Cercles

d'Or». Ainsi, les CS s'évertuent à bien s'occuper des patients. Notre partenariat avec l'Office pour la santé des travailleurs (OST) fait que nous pouvons disposer de sa pharmacie. Mais **les membres de la mutuelles nous reproche de ne vendre que des médicaments en générique**. Aussi les patients parfois se plaignent du plafond sur l'hospitalisation ; mais on ne peut pas dire que ces plaintes agissent sur la qualité des soins.



Dr. Dominique Zouré, Ministère de la Défense, Burkina Faso

La qualité peut se voir sous deux angles qui ne coïncident pas forcément, même si on est obligé de les concilier : celui du consommateur et celui du technicien.

Pour le consommateur, la qualité, c'est sa première impression de la structure (infrastructures, etc.).

Pour le technicien, ce sont d'abord les normes techniques (prédéfinies). Mais il faut qu'il arrive à mettre plus de social dans ses actes. Qu'il prenne la peine d'aller vers le consommateur pour échanger et comprendre, recueillir les préoccupations. Par ailleurs, il faut souligner qu'avec une utilisation rationnelle du plateau technique existant, le praticien peut faire plus.

Dès qu'il y a plus de communication entre les deux, la première étape de résolution d'un problème de santé est franchie. **La communication est donc un aspect très important pour atteindre la qualité des soins**. J'ai l'habitude de dire à certains collègues qu'ils font la «médecine vétérinaire» ; ils reçoivent quelqu'un et en quelques secondes l'ordonnance est établie, sans qu'ils prennent la peine d'écouter, lui expliquer ce qu'il a, comment il est tombé malade et qu'est-ce qu'il doit faire pour ne plus retomber malade. Ils ne prennent pas souvent la «dimension humaine de la maladie» et c'est vraiment dommage. Par ailleurs, les prestataires ne sollicitent jamais l'usager

pour améliorer ses prestations. Ils établissent entre eux et les clients une telle hiérarchie que ces derniers ne peuvent se plaindre ou faire des suggestions.



Ferdinand Mbaye et Emile Demba Tine, Mutuelle de santé Soppanté, Sénégal

La qualité, c'est l'accueil, une structure bien entretenue, propre, où il y a échange entre le personnel de santé et les malades. C'est aussi l'hôtellerie, la disponibilité des médicaments, le coût et le traitement complet. Pour nous c'est très important parce que de cela dépend la confiance des membres à la mutuelle et partant, le taux de cotisation. Les membres sont devenus très exigeants dans certaines zones. Il peut même arriver qu'ils nous disent «les soins ne nous soignent pas» **Maintenant nous avons passé des conventions avec 11 postes de santé, ce qui permet au membre d'aller chez un autre s'il n'est pas satisfait. L'impact de ce système, c'est qu'avec la mutualité, les structures sanitaires sont obligés de faire des efforts pour fidéliser les clients.** Et en plus ils s'impliquent dans la vie de la mutuelle, ce qui réduit les pratiques parallèles et surfacturation. Aussi, nous avons une grande complicité avec les prestataires que nous connaissons bien. Ceci est important pour des gérants de mutuelle.



Dr. Moha Mahaman, Médecin de campagne cabinet de soins privé Rayuwa/Kornaka, Dakoro/Niger

En tant que «privé» dans une localité d'extrême pauvreté, je dois préciser que paradoxalement ce sont les pauvres qui ne connaissent personne dans les formations sanitaires qui paient. Les riches commerçants et autres agents de l'Etat ont toujours des stratégies pour bénéficier gratuitement des soins. C'est à cause du dysfonctionnement du système de santé au Niger. Quand je demande aux villageois «pourquoi vous venez chez moi», la réponse est toujours (dans leur jargon) «parce que vous nous pesez et vous nous accueillez», c'est-à-dire que le fait que le privé passe beaucoup de temps avec le patient participe à une bonne appréciation du service rendu. Pour moi, c'est ça l'important. Le malade se sent à l'aise et son impression que le médecin est soucieux de son état de santé est la finalité d'une prise en charge de qualité. La qualité a une dimension large tant chez le praticien que chez l'usager et chacun a sa logique. Pour le

prestataire, c'est suivre une démarche bien définie correspondant aux normes et standards des professionnels de santé. Pour l'usager, c'est sa satisfaction. **La logique des clients c'est être soigné tout de suite, bien et à moindre coût. Quand cela est possible, les populations paient et finalement c'est ça qui guide le choix du prestataire.** Un malade m'a dit «pour me soigner à Maradi, j'ai payé 30.000 FCFA pour louer une voiture, ensuite 700 pour les frais d'entrée, puis 15.000 pour les médicaments. Après j'ai attendu 20 jours sous l'arbre pour être hospitalisé. Pendant ce temps, le manoeuvre me demande quelque chose, l'infirmier, etc. Finalement, on m'a opéré et j'ai payé les frais de lit à 30.000, la restauration à plus de 20.000 avec mes accompagnants et j'ai du vendre 2 vaches». Si je donne cet exemple, c'est pour dire que le coût pour le malade en zone rurale est son indicateur premier. Donc, la qualité dépend de la structure de soins, la qualité du personnel, de la logistique, du cadre et surtout du processus de soins (accueil, mise en confiance, politesse, sécurisation, application des normes techniques, etc.).

prestataire, c'est suivre une démarche bien définie correspondant aux normes et standards des professionnels de santé. Pour l'usager, c'est sa satisfaction. **La logique des clients c'est être soigné tout de suite, bien et à moindre coût. Quand cela est possible, les populations paient et finalement c'est ça qui guide le choix du prestataire.** Un malade m'a dit «pour me soigner à Maradi, j'ai payé 30.000 FCFA pour louer une voiture, ensuite 700 pour les frais d'entrée, puis 15.000 pour les médicaments. Après j'ai attendu 20 jours sous l'arbre pour être hospitalisé. Pendant ce temps, le manoeuvre me demande quelque chose, l'infirmier, etc. Finalement, on m'a opéré et j'ai payé les frais de lit à 30.000, la restauration à plus de 20.000 avec mes accompagnants et j'ai du vendre 2 vaches». Si je donne cet exemple, c'est pour dire que le coût pour le malade en zone rurale est son indicateur premier. Donc, la qualité dépend de la structure de soins, la qualité du personnel, de la logistique, du cadre et surtout du processus de soins (accueil, mise en confiance, politesse, sécurisation, application des normes techniques, etc.).



Soeur Margaret Spain, Dispensaire Notre-Dame des mission, Ndongol/Mboro, Sénégal

C'est quelque chose qui est plus large que les soins physiques avec un praticien qui ne regarde que les coûts et les symptômes.

C'est d'abord lié à l'ambiance (accueil et relations) ; ensuite la formation de l'agent ; puis la disposition de médicaments adaptés et enfin le suivi. Il faut dire que pour le suivi, celui qualifié «d'informel» est parfois plus efficace. Nous expérimentons une nouvelle approche : nous avons dans les postes de santé des personnes qui sont «libres» et qui ont l'oeil sur les utilisateurs du service.



Moïse Sabi Gani, Pdt. Alliance Santé, Mutuelle Sirarou, Bénin

Nous avons près de 2000 bénéficiaires dans notre mutuelle et tous demandent de la part des prestataires des médicaments à moindre coût, un accueil chaleureux, un diagnostic bien fait et sans surfacturation. Normalement

la qualité est contenue dans le contrat que nous passons avec le prestataire et même si nous n'avons pas encore expérimenté son évaluation systématique, il nous arrive de répondre aux plaintes des membres de la mutuelle en allant rencontrer le prestataire. C'est parfois difficile parce que **nous n'avons pas toujours les moyens de vérifier leurs pratiques avec tous les termes techniques qu'ils utilisent.** Par exemple une femme qui pour accoucher se voit dire par la sage-femme «j'ai utilisé tel produit pour que tu puisses accoucher. Il coûte tant... et tu dois le payer cash» ne peut rien faire, même avec sa carte de mutualiste.

Santé

Le paludisme, un ennemi des mutuelles de santé ?

Le paludisme reste la maladie parasitaire la plus fréquente au monde : environ 41% de la population mondiale - soit 2,3 milliards de personnes - est exposée au risque, et l'on recense entre 300 et 500 millions de cas par an (infections nouvelles ou ré-infections), dont près de 80% en Afrique subsaharienne (estimations de l'OMS). Il s'agit d'une des plus meurtrières de toutes les affections humaines : elle tue chaque année 1,5 à 2,7 millions de personnes, dont 1 million d'enfants de moins de 5 ans. Le paludisme tue un enfant africain toutes les 30 secondes. Il grève énormément le budget des mutuelles de santé. Malgré les efforts en amont pour prévenir les risques, il reste beaucoup à faire pour l'implication des mutuelles de santé dans la lutte contre le paludisme.

Avec le VIH/SIDA et la tuberculose, le paludisme est l'un des principaux problèmes de santé publique menaçant le développement des pays les plus pauvres.

Un coût inacceptable

Le paludisme affecte non seulement la santé mais aussi la richesse des pays et des personnes en Afrique. Les économistes attribuent au paludisme un déficit de croissance annuel pouvant atteindre 1,3 % dans certains pays d'Afrique Subsaharienne. Aussi, les dépenses publiques peuvent représenter jusqu'à 40 % en santé publique, 30 à 50 % des admissions hospitalières et jusqu'à 50 % des consultations externes.

Le paludisme fait perdre chaque année 12 milliards de dollars de Produit intérieur brut (Pib) à l'Afrique et son effet sur les ressources ne se limite pas à une simple perte de revenus. Le coût direct du paludisme recouvre les dépenses individuelles et publiques pour la prévention et le traitement de la

maladie. Les dépenses individuelles incluent les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les honoraires médicaux, les antipaludiques, le transport jusqu'aux services de santé, et le soutien au malade et parfois à un membre de la famille qui l'accompagne pendant son hospitalisation. Un coût indirect découle de la perte de productivité et de valeur du travail non rémunéré accompli à domicile par les hommes et les femmes. Ce coût indirect qui est une véritable entrave au développement social est difficile à chiffrer et à évaluer. Le paludisme entrave également la scolarisation et le développement social des enfants en raison de l'absentéisme et des atteintes neurologiques permanentes et autres conséquences des accès palustres graves.

Les femmes et les enfants, des groupes vulnérables

L'infection palustre pendant la grossesse est un problème de santé publi-



que majeur survenant dans toutes les régions tropicales et subtropicales. Les femmes enceintes représentent le principal groupe d'adultes exposé à la maladie. Le fait que les femmes enceintes se rendent à des consultations prénatales est l'occasion par excellence de prévenir le paludisme ainsi que d'autres maladies prioritaires qui touchent les femmes enceintes.

Un décès d'enfant sur cinq en Afrique est imputable au paludisme. L'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'épilepsie et les problèmes neurologiques, conséquences fréquentes du paludisme, compromettent la santé et le développement de plusieurs millions d'enfants dans les pays tropicaux.

Suite à la page 11

Suite de la page 1

biais le plus souvent, le processus de soin (ce qui est fait au malade, où, quand et comment), d'interpréter ces données, d'identifier les dysfonctionnements et d'intervenir afin de corriger ceux-ci.

Cependant, les indicateurs de satisfaction sont ainsi les plus utilisés par les mutuelles. La satisfaction des usagers est un indicateur largement admis de la qualité des prestations. Toutefois, le client ne connaît pas nécessairement tous ses besoins et ne peut pas évaluer la qualité technique du service fourni. On reconnaît donc habituellement que

la satisfaction du patient ne couvre pas tous les aspects importants de la qualité, en particulier la compétence technique des soignants ou la qualité des décisions prises.

Le débat reste aussi important sur le type d'indicateurs à prendre en compte : évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Ce numéro propose une analyse de tous ces aspects et le supplément (premier du genre) propose des mécanismes pratiques pour une pleine implication des mutuelles de santé dans la qualité des soins.

Supplément extrait de «La qualité des soins pour les communautés : Un manuel pour les gérants des mutuelles de santé»

Les membres et les responsables des mutuelles de santé identifient la qualité des services de santé comme une de leurs priorités. Cela a été vérifié en fin 2001 grâce à une enquête menée au Sénégal, Ghana et Tanzanie par PHR*plus* et le BIT/STEP qui a traité la question de la qualité dans 24 mutuelles de santé.

L'enquête fut le point de départ pour le lancement d'un manuel qui servira pour les mutuelles comme outil pratique pour aborder le thème de la qualité des soins de santé. L'article principal de ce Courrier présente donc une synthèse des thèmes principaux traités beaucoup plus en détail dans le manuel.

Quand on parle de la qualité des soins de santé, il est utile d'abord de défi-

nir la notion de qualité. Suffit-il d'adapter les paramètres d'appréciation de la qualité reconnus au niveau international pour s'y conformer ?

La première partie de ce supplément (page 8) décrit brièvement les paramètres et indique l'importance de les « traduire » en un langage local pour qu'ils puissent être discutés entre les membres et avec les prestataires des soins.

La deuxième partie (page 9) aborde la définition des priorités des membres par rapport à la qualité et la discussion de ces priorités avec les prestataires des soins. Ces étapes sont nécessaires pour définir des « standards » de qualité qui puissent être incorporés dans les conventions. Aussi est-il nécessaire de vérifier si

les standards sont atteints.

La troisième partie du supplément (page 10) suggère différentes techniques possibles avec l'éventualité que les résultats du monitoring puissent être utilisés par la mutuelle et le prestataire pour déterminer ceux qui conviennent. Cela servira de base pour analyser globalement pourquoi certains standards ont été atteints ou dépassés et d'autres pas. Ces techniques serviront de base de détermination des axes de collaboration entre les acteurs impliqués dans l'amélioration de la qualité. L'analyse pourra aussi mener à une révision des standards initiaux. La discussion des résultats servira donc à approfondir ce que signifie vraiment la qualité et comment s'y prendre pour l'améliorer.



Définir la qualité des soins : maîtriser les dimensions et les traduire dans la réalité des mutuelles

A quoi pensons-nous quand on nous demande de définir la qualité des soins de santé ? Est-ce à l'accueil ou à la disponibilité des médicaments ?

Vous comprendrez qu'il n'existe pas une seule définition de la qualité. Chacun peut la définir selon son contexte. Pour alimenter cette réflexion, il est utile de se familiariser avec les différentes dimensions de la qualité de soins reconnues au niveau international. Par exemple, la disponibilité des médicaments fait partie du paramètre « accès aux services ». Il n'en est pas moins de l'accueil qui relève des paramètres « relations prestataire-patient » et « aménagements ». Pour les mutuelles, il est important non seulement de comprendre les différentes dimensions de la qualité, mais aussi de les « traduire » afin de refléter les priorités exprimées par les membres.

Les dimensions reconnues au niveau international sont :

La compétence technique – se réfère à la capacité et à la performance réelle des prestataires de soins, des managers et du personnel d'appui.

L'accès aux services – comprend la disponibilité physique (pas trop éloignés), culturelle (pas de barrières sociales) et financière (le prix des soins sont abordables).

L'effectivité – dépend de l'appropriation de la procédure ou du traitement utilisé, de sa mise en application et de l'obtention des résultats escomptés.

Les relations prestataire-patient - se réfèrent à l'interaction entre les prestataires et les patients et plus globalement, entre l'équipe de santé et la communauté. Le respect, la courtoisie, la sensibilité et l'empathie caractérisent les bonnes relations interpersonnelles.

La confidentialité – inclut le respect de l'intimité pendant la prestation des services et la manière dont le personnel gère les patients, les dossiers mé-

dicaux et autres informations personnelles.

L'efficacité – les services fournis sont optimaux dans un contexte de ressources limitées.

La continuité – le patient reçoit la gamme complète de services de santé dont il a besoin, sans interruption ou cessation et sans la répétition inutile du diagnostic ou du traitement.

Cela comprend un transfert médical rapide pour les services spécialisés et un suivi médical adéquat.

La sûreté - sécurité - minimiser pour le malade et pour le prestataire les risques de blessure, d'infection, les effets pernicieux, ou les autres dangers ayant trait au service offert.

Les aménagements – ont trait à l'apparence physique des établissements, du personnel et des matériels ; de même que le confort et la propreté.

Notons qu'avant le lancement du manuel, PHRplus et ILO/STEP ont pu constater à travers une enquête menée auprès des mutuelles que les aspects de qualité les plus mentionnées par les gestionnaires des mutuelles sont:

- « l'accès aux services » comme la disponibilité des médicaments, le coût des prestations et la durée d'attente ;
- « les relations interpersonnelles » comme l'accueil, les bonnes manières et l'information donnée aux patients à propos du traitement recommandé;
- « l'aménagement » comme la disponibilité des lits, le respect pour la propreté et l'hygiène.

Par ailleurs, une discussion autour des autres dimensions de la qualité a montré que toutes les dimensions sont reconnues comme importantes, mais que les mutuelles considèrent qu'elles ont plus de capacité d'en influencer certaines. Plusieurs gestionnaires de mutuelles ont remarqué qu'il est

En Tanzanie, avec l'aide volontaire d'un personnel médical qui travaille dans une ONG religieuse, une mutuelle fait référence aux protocoles de traitements du Ministère de la Santé pour les maladies couvertes. Si le prestataire utilise un autre traitement, son remboursement n'est pas garanti.

très difficile, en particulier, de suivre les aspects médicaux qui font partie de « la compétence technique », « l'effectivité » et « l'efficacité » sans avoir l'appui d'un personnel médical.

Pour beaucoup d'entre eux, la meilleure façon de développer une collaboration avec les prestataires des soins en vue d'améliorer la qualité est d'assurer les aspects relativement plus faciles à aborder, mais conduisant à des résultats visibles, comme par exemple l'accueil et la propreté. Les autres dimensions pouvant être abordées au fur et à mesure.

Le niveau des connaissances par rapport à la qualité dans chaque mutuelle joue sur la capacité d'aborder les dimensions différentes. Cette capacité dépend principalement des ressources – techniques, administratives et financières - disponibles aux mutuelles. La dynamique interne du mouvement mutualiste peut également affecter leur capacité. Par exemple, différentes mutuelles peuvent s'organiser en union et engager un médecin conseiller.

En somme, même sans aborder toutes les dimensions de qualité dans leur totalité, il est important pour les mutuelles, dans leurs efforts d'offrir des soins de qualité aux adhérents de tenir compte chacune d'elles, y compris celles qui ont une forte composante médicale.

Etablir des standards de qualité et les introduire dans les accords avec les prestataires

S'il s'établit une compréhension de base parmi les gestionnaires d'une mutuelle sur les différentes dimensions de la qualité des soins, que peuvent-ils faire pour la promouvoir ?

Avant d'aborder *quoi* faire, il est souhaitable de décider *qui* va le faire. La responsabilité de mener des actions de promotion de la qualité peut être confiée à un comité. Selon la dimension de la mutuelle et de ses capacités, le comité peut être un individu qui jouera un rôle clé de lien entre les prestataires des soins et la communauté. L'objectif est de soulever les problèmes afin d'aborder ensemble l'amélioration de la qualité.

Il est évident que cette promotion de la qualité implique une interaction entre la mutuelle et les prestataires pour identifier les problèmes qui existent et pour explorer ensemble comment ils peuvent être résolus.

D'abord, les mutuelles doivent avoir une notion claire des problèmes les plus ressentis par les membres et de leurs priorités. Pour les identifier le comité chargé de la promotion de la qualité peut:

- Organiser des «focus groups» et faciliter une discussion entre les membres

Les focus groups peuvent être constitués avec des représentants des différents bénéficiaires (hommes, femmes, adolescents, enfants). Ils peuvent aussi concerner des groupes spécifiques pour mieux faire ressortir certains thèmes. Par exemple, une discussion entre femmes ou entre adolescents peut faire sortir



des problèmes liés au manque de confidentialité ou autres problèmes rencontrés par les utilisateurs des services de santé reproductive.

- Consulter les membres individuellement

Ils peuvent, par exemple, poser des questions aux membres à la sortie de la prestation sanitaire.

Si les personnes consultées ont une compréhension commune des dimensions de la qualité, les discussions seront plus fructueuses. Il est donc souhaitable d'entamer la discussion par une session qui fait ressortir les différentes dimensions de la qualité. Ensuite la discussion peut couvrir les priorités ressenties par les membres. Il est très important d'être réaliste dans la définition des priorités et de tenir compte des ressources disponi-

bles au niveau de la mutuelle et au niveau des prestations sanitaires.

Les opinions des membres devront être discutées avec les prestataires de soins. Le but est d'arriver à un accord sur des standards de qualité qui correspondent au maximum aux priorités des membres et qui sont possibles à atteindre dans les limites des ressources existantes. Le comité chargé de la promotion de la qualité servira donc comme une espèce de pont entre les usagers des services et les prestataires pour la définition des standards de qualité.

Il est possible, par ailleurs, que les priorités des membres ne correspondent pas totalement à celles des prestataires. Une fois les différentes perspectives clarifiées, le comité et le prestataire pourront établir les standards de qualité et les introduire dans leur accord ou convention.

Contribuez au Courrier de la Concertation en envoyant vos articles, illustrations, suggestions, ...

Restez informé en vous inscrivant sur la liste de diffusion de la Concertation news-on@concertation.org

Assurer le suivi des standards de la qualité des soins et renforcer la communication à propos de la qualité

Le suivi est essentiel dans le cycle d'assurance qualité. Il offre aux mutuelles de santé l'opportunité de mesurer la performance des prestataires vis-à-vis des standards explicites. D'autant plus qu'un suivi rapproché permet aux mutuelles de santé d'identifier et de résoudre les problèmes avant qu'ils ne deviennent conflictuels. En effet, le but d'un système de suivi est d'assurer une communication régulière entre la mutuelle, ses membres et les prestataires conventionnés.

Le processus de suivi commence dès l'établissement des standards avec les prestataires. Les standards de qualité développés dans les conventions deviennent des outils pour identifier tôt des problèmes potentiels. Aussi dès qu'un problème de performance est relevé dans le système de suivi, l'assurance qualité crée d'autres standards de performance pour le suivre et le résoudre.

Le système de suivi est basé sur l'utilisation des données de performance. Sa définition dépendra des ressources de chaque mutuelles de santé. Le manuel détaille les éléments clés d'un système de suivi de la qualité avant d'élaborer une étude de cas pour mieux comprendre comment le faire.

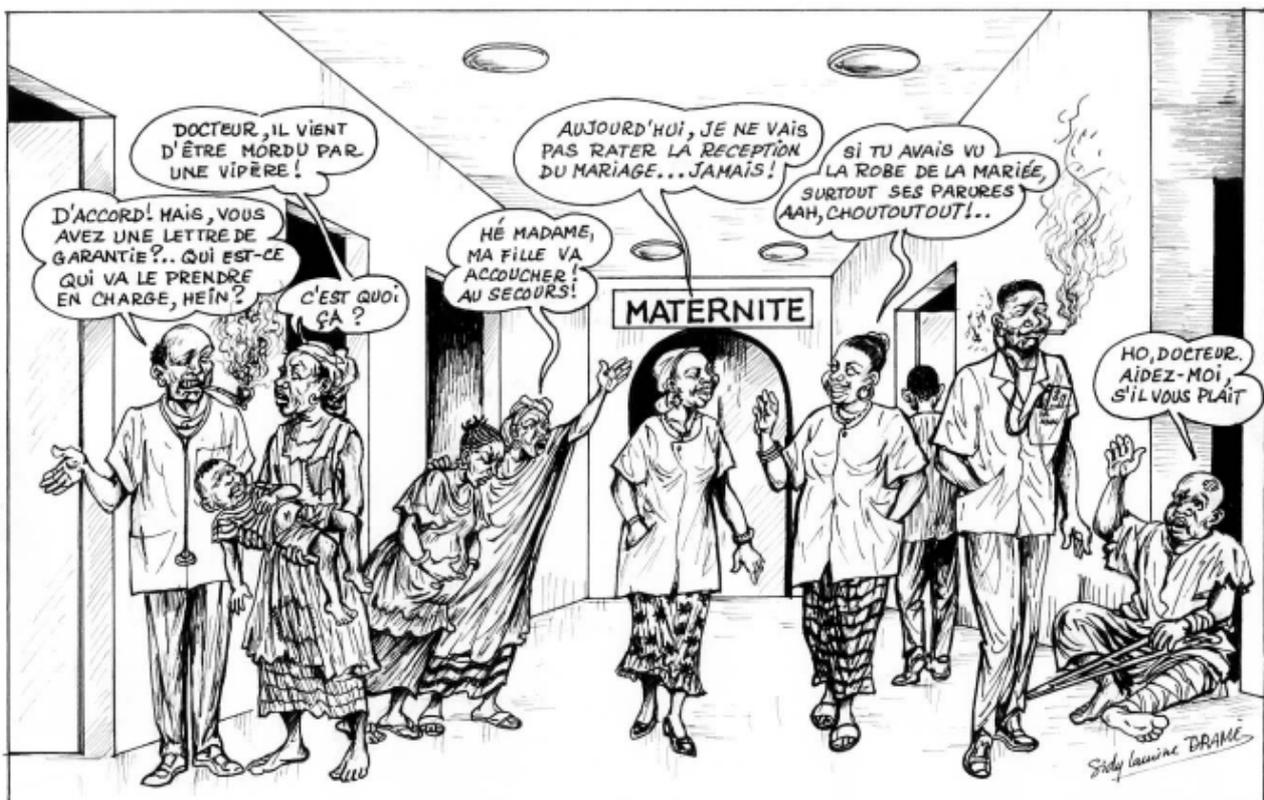
Les étapes comprennent :

- la sélection des méthodes de suivi (interviews à la sortie de la formation sanitaire, revue des registres, rapports d'Assemblées Générales, etc.) ;
- le développement des outils de suivi (questionnaires, etc.) ;
- la détermination de la stratégie et l'élaboration du programme du système de suivi (périodicité, personnes impliquées, méthodes d'analyse des données, etc.) ;
- la collecte des données.

L'enquête PHRplus/BIT/STEP auprès des MS démontre qu'il existe beau-

coup d'expériences qui peuvent servir de modèles en terme de suivi des mutuelles de santé. Certaines mutuelles tiennent des réunions périodiques avec les prestataires pour discuter de la qualité, d'autres font des visites aux membres pendant ou juste après l'administration des soins, et il y en a même qui font des visites d'observation aux formations sanitaires.

N'importe quel système de suivi vise intégrer la promotion des échanges entre la mutuelle, ses membres, et les prestataires sur la performance (au regard de standards) des prestataires conventionnés. C'est un échange qui favorise un feedback aussi bien sur la bonne performance que sur la mauvaise. Le système de suivi permet à la mutuelle de santé de régler les problèmes de performance à travers un cycle d'assurance qualité en faisant jouer à la mutuelle de santé un rôle fructueux dans le partenariat avec les prestataires à la recherche d'une meilleure qualité des soins.



Suite de la page 6

Une initiative mondiale pour faire reculer le paludisme

L'établissement en 1998 du partenariat mondial Faire reculer le paludisme (FRP) a incité les dirigeants africains à prendre davantage de mesures contre le paludisme. Moins de deux ans plus tard, les chefs d'Etat africains et leurs représentants se sont réunis à Abuja, au Nigeria pour concrétiser par une action politique tangible l'objectif de FRP, à savoir réduire de moitié avant 2010 la charge de morbidité et de mortalité due au paludisme. La Déclaration d'Abuja, signée en avril, approuvait une stratégie concertée de lutte antipaludique dans toute l'Afrique. Elle approuvait l'objectif de FRP et fixait une série d'objectifs intérimaires le nombre des personnes ayant accès à un traitement, à des mesures de protection ou, dans le cas des femmes enceintes, bénéficiant d'un traitement préventif intermittent pour assurer que des progrès seraient réalisés sur la voie de l'objectif final et que les pays d'endémie et les autres partenaires FRP prendraient leur responsabilité.

Des stratégies locales : le rôle des mutuelles de santé

L'un des principaux problèmes que la lutte antipaludique pose à l'Afrique est la pharmacorésistance. La résistance à la chloroquine, l'antipaludique le moins cher et le plus largement utilisé, est courante dans toute l'Afrique (en particulier dans les zones australe et orientale). La pulvérisation de produits chimiques était un espoir pour endiguer la maladie dans les pays tropicaux et en Afrique. Mais la résistance croissante aux insecticides et les conséquences de cette méthode sur l'environnement ont progressivement ruiné les espoirs de vaincre rapidement le paludisme.

Cette maladie sévit particulièrement pendant l'hivernage. Ainsi, les plus grosses factures des mutuelles de santé sont reçues pendant cette période allant de juillet à décembre et appelée dans le jargon mutualiste « 6 mois critiques ». Selon André Wade



(Secrétaire Générale de la Coordination des MS de Thiès - Sénégal), les factures des mutuelles doublent pratiquement durant cette période, même si ces dernières travaillent à constituer suffisamment de réserve pour couvrir les dépenses. Ainsi, elles se retrouvent essouffées au sortir de l'hivernage. La plupart des études relèvent les consultations liées au paludisme comme étant la principale cause. En amont, la prise en charge du paludisme fait partie des plus importants motifs d'adhésion aux mutuelles.

Participer à la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Convenablement utilisées et bien entretenues, les moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent constituer un obstacle physique pour les moustiques. Elles repoussent les moustiques ou raccourcissent leur durée de vie de sorte qu'ils sont incapables de transmettre l'infection.

Les essais effectués dans les années 80 et 90 ont montré que les moustiquaires imprégnées permettaient de réduire de 20% en moyenne la mortalité des jeunes enfants. Malheureusement, leur coût est parfois élevé pour les familles exposées, qui comptent parmi les populations les plus pauvres. Il existe maintenant un modèle dont le traitement résiste au lavage et dont l'efficacité dure 4 ans. Il ne sera plus nécessaire de réimprégner les moustiquaires tous les 6 à 12 mois opération qui s'est révélée extrêmement difficile à mettre en œuvre et à poursuivre.

Diverses mesures peuvent aider les mutuelles à prévenir le paludisme :

- Des plans de marketing social, des campagnes d'éducation sanitaire et l'élaboration d'une « culture de la moustiquaire » au moyen d'activités promotionnelles et publicitaires contribueront à créer la demande nécessaire ;
- Encourager la mise en place d'entreprises locales qui investisse dans la fabrication et l'importation de moustiquaires ;
- S'informer des mesures gouvernementales et les intégrer (subventions ciblées, campagnes de chloroquinisation, etc.) ;
- d'éliminer au maximum les eaux stagnantes, qui sont de véritables nids à moustiques
- Encourager chez les femmes les consultations pré et post-natales

Au Sénégal par exemple, la lutte contre le paludisme est financée au tiers par des partenaires au développement, au tiers par l'Etat, et le dernier tiers est à la charge des communautés. Il est dès lors important que les mutuelles entrent en partenariat avec les programmes étatiques et para-gouvernementaux de lutte contre le paludisme.

**Pour plus d'informations sur le programme « Faire reculer le paludisme », contacter l'OMS, 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse
Tel : +41 22 791 2891
Email : rbm@who.int
Internet www.rbm.who.int**

Expériences Partenariat

La mutuelle de santé de Fatako : un partenariat réussi vers une amélioration de l'accès aux soins et du financement des services de santé

La mutuelle de santé de Fatako vient de fêter son premier anniversaire le 31 mars 2003. Née de l'initiative de l'Association des Femmes pour le Développement Intégré de Fatako (AFDIF), avec l'appui du BIT/STEP, cette mutuelle résulte de la volonté des femmes ressortissantes de cette sous-préfecture de la Guinée d'entreprendre des actions en faveur du développement de leur région d'origine.

Après une nécessaire période de réglage des mécanismes de fonctionnement et d'apprentissage des responsables, la mutuelle de santé de Fatako a connu une rapide et continue évolution du nombre de ses adhérents et compte aujourd'hui près de 800 bénéficiaires (soit 6% de sa population cible). Cette mutuelle couvre tous les services du centre de santé de Fatako ainsi que de ses postes périphériques et doit étendre très prochainement ses prestations à l'hôpital régional de Tougé.

Les indicateurs de suivi de cette première année montrent une utilisation par les mutualistes importante des services de santé couverts, avec un taux moyen proche de 1 recours aux consultations curatives par an et par personne. Ce taux de recours très proche de la morbidité locale démontre la capacité de la mutuelle à améliorer l'accès aux services de santé, le taux des non-assurés ne s'élevant qu'à 0,4 contacts par an et par personne. L'impact sur les postes et le centre de santé a été immédiat : un récent monitoring réalisé par la région sanitaire vient en effet de classer ces structures sanitai-

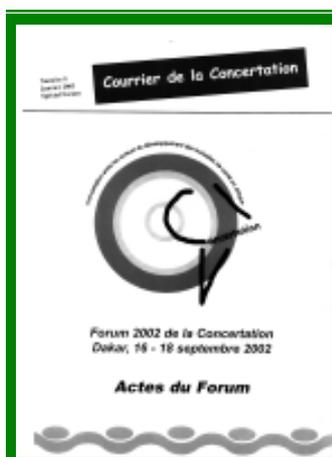


res comme étant les meilleurs en termes d'activités et de financement de toute la région, en soulignant que ce résultat venait d'être atteint grâce à la mutuelle de santé.

Au-delà de ces chiffres, c'est surtout la dynamique autour de laquelle cette mutuelle s'est organisée qui caractérise cette expérience. L'AFDIF est une association de ressortissantes qui finance de multiples projets dans la sous-préfecture parmi lesquels la rénova-

tion du centre de santé. Les autorités locales, le sous-préfet et la Communauté Rurale de Développement (CRD), les autorités sanitaires préfectorales et le personnel des postes et du centre de santé, ont été d'emblée associés à la mise en place de la mutuelle et contribuent activement à son développement. La CRD a par ailleurs accordé une subvention à la mutuelle afin de l'aider à se constituer des réserves. La mutuelle de Fatako sert aujourd'hui de support pour des actions telles que la promotion de la scolarisation des jeunes filles, l'AFDIF offrant un an de cotisation aux meilleures élèves et leur famille, et la lutte contre le SIDA (suite au retour de nombreux jeunes migrants de Côte d'Ivoire affectés par le SIDA).

Pour cette seconde année qui débute, l'objectif est d'étendre la couverture de la mutuelle à l'ensemble de la sous-préfecture. Déjà plusieurs associations de ressortissantes et les autorités des sous-préfectures voisines ont fait appel au BIT/STEP et à l'AFDIF pour recevoir un appui et deux mutuelles verront le jour en fin d'année.



L'avez-vous reçu ? Actes du Forum 2002

Courrier de la concertation N° 9
Concertation, Dakar janvier 2003

Numéro spécial Actes du Forum 2002, cet ouvrage fournit toutes les conférences de cette rencontre, les résultats des différents ateliers thématiques, les discours et autres communications. Ce document est disponible en ligne www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo_9.HTML, ainsi que sur demande à la Concertation.

La mutualité malienne s'engage dans un partenariat avec les Ong et les collectivités locales

En décembre 2002, s'est tenu au palais des Congrès de Bamako le 3^{ème} Forum Mutualité-Professionnels. Ce forum est organisé chaque année depuis trois ans avec l'appui financier de l'OMS, par la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire en collaboration avec l'UTM au tour des questions d'actualité qui préoccupent les différents acteurs impliqués dans le développement de la Mutualité au Mali.

La 3^{ème} édition avait pour thème : **stratégie de développement de synergie d'action entre les ONG, les collectivités locales et la mutualité** et est une concrétisation de l'une des recommandations de la table ronde sur le thème : « Décentralisation et développement de la mutualité : le rôle des acteurs Municipalités, ONG et autres partenaires au développement » (Octobre 2002).

Il a enregistré la participation, en plus des services techniques du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées, les représentants du Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, du Ministère de la Santé, de l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS), des Mutuelles, des Ong et Associations, les élus municipaux des régions de Sikasso, Ségou, Koulikoro, ainsi que l'équipe de l'UTM, sous la présidence de Mme la Ministre du Développement Social de la Solidarité et des personnes Agées en présence de Madame le Représentant de l'OMS au Mali.

Durant ces deux jours, les participants ont échangé sur les points suivants :

- les contraintes et limites actuelles des ONG, associations et collectivités pour leur plus grande implication dans le développement de la mutualité,
- les opportunités à prendre en compte pour une plus grande implication des ONG et Associations dans le développement de la mutualité,
- les éléments de stratégies possibles pour une plus grande implication des ONG et associations ; pour renforcer le processus d'émergence et de pérennisation des organisations mutualistes dans les différentes localités du pays.

De l'analyse des contraintes, plusieurs facteurs ont été identifiés comme entraves à l'implication des acteurs pour

l'émergence et le développement du mouvement mutualiste :

- le manque d'information et de formation des élus locaux, des agents des Ong et des associations sur la mutualité,
- le manque de ressources humaines et financières,
- la difficulté de mobilisation des acteurs,
- la faible couverture des services d'encadrement,
- absence de cadres formels et opérationnels de concertation et d'actions
- la méfiance des populations eu égard aux expériences malheureuses de regroupement,
- le taux élevé d'analphabétisme en milieu rural.

Malgré des contraintes objectives le forum a relevé certains facteurs liés à l'environnement socio-économique, politique et culturel actuel du Mali qui peuvent être considérés comme opportunités pour le développement de la mutualité :

- une volonté politique affirmée de l'Etat,
- des Ong et associations travaillant avec les communautés,
- des structures socio-sanitaires déconcentrées jusqu'au niveau des communes,
- des structures traditionnelles d'entraide et de solidarité,
- un cadre institutionnel et juridique
- des plans décentralisés des cercles et des communes en matière de développement socio-sanitaire,
- des regroupements formel / informel,
- expérience de contractualisation services techniques /Ong,
- disponibilité de structures d'appui technique et financier,
- disponibilité des prestataires de soins
- caractère national et décentralisé de certaines mutuelles,
- déconcentration des structures de

l'UTM,

- expertise en matière d'organisation communautaire.

Après analyse, les participants ont identifié les voies et moyens pour une meilleure implication des Ong, Associations et collectivités locales dans le développement des mutuelles de santé à travers l'étendue du territoire national. Au titre des recommandations nous pouvons retenir :

- élaborer et exécuter un plan de communication sur la mutualité (IEC) ;
- mise en place de cadres formels et opérationnels de concertation et action pour le développement de la mutualité,
- renforcement des compétences (formation, appui/conseil, voyages d'études, appui institutionnel) des élus locaux, leaders communaux, des agents des Ong et associations,
- large diffusion des textes législatifs et réglementaires sur la mutualité,
- Promotion des activités génératrices de revenus,
- constitution d'un fonds d'appui communal à la mutualité,
- prise en compte des activités mutualistes dans les plans de développement,
- élaboration de brochures en langues nationales,
- création de réseaux de promotion de la mutualité,
- promotion de l'intercommunalité.

A la clôture, les participants ont apprécié un tel cadre d'information et d'échange entre partenaires et souhaitent qu'il ait une continuité. Ils ont donné leur engagement non seulement de rendre compte auprès de leurs différentes structures mais aussi de s'impliquer à ce que la mutualité soit l'affaire de tous. Nous osons croire que les actions sur le terrain suivront les propos tenus et disons vive la 4^{ème} édition.

Farima Diakité, UTM - Mali

Mutuelle de santé Bokk Faj : mise en place d'un dépôt de médicaments



La mutuelle de santé «Bokk faj» est localisée dans la communauté rurale de Kathiotte 95 Km du chef lieu de région Kaolack (Sénégal). Cette localité est caractérisée essentiellement par la pauvreté, l'analphabétisme et l'enclavement. Ainsi, dans son fonctionnement, Bokk faj (créé en 1999) a rencontré certaines difficultés liées aux caractéristiques précitées qui entraînent des problèmes dans le recouvrement des cotisations, la mise en place d'un réseau fiable de distribution de lettre de garantie, l'accès à des médicaments de qualité. A travers une démarche de gestion concertée et grâce à l'appui de partenaires, des solutions ont été apportées à certains de ces problèmes et des perspectives dégagées pour améliorer la qualité des services de cette mutuelle rurale.

Les problèmes d'accès font qu'il n'est pas rare de voir un mutualiste à jour de ses cotisations s'abstenir de se rendre chez le prestataire de soins malgré son

état de santé ou recourir à des pratiques pouvant aggraver son cas ou provoquer d'autres maladies. Le risque à long terme est que ce mutualiste se retire de la structure.

Consciente de cette situation et soucieuse de la santé

de ses bénéficiaires, la mutuelle a initié le projet de « dépôt de médicament ». L'objectif étant d'offrir un premier recours aux populations situées en zones difficiles d'accès, en cas d'urgence. Grâce à l'appui du BIT/STEP, une subvention a été obtenue auprès du Lion's Club Mont-Blanc.

Les travaux de la construction de cette pharmacie villageoise ont débuté en novembre 2002 et l'idée d'observer le bâtiment comme case de santé, suivant la recommandation des prestataires de soins, a été adoptée. Elle permettra ainsi de prendre en charge les urgences, de réduire les difficultés d'accès qui leur sont liées et donnera plus de visibilité à la mutuelle et participera, sans doute à l'augmentation du taux de pénétration de la mutualité dans la localité.

Les populations ont participé activement et spontanément dans la réalisation. 15 charrettes attelées à des ânes,

des chevaux ou des bœufs ont permis le transport des matériaux (sable, graviers, poutrelles, ciment et zinc) une équipe de volontaires venus de différents villages se sont relayés aux puits pour chercher et transporter l'eau nécessaire à la construction.

Cette initiative apporte une solution au problème crucial des prestataires de soins : l'automédication. En effet couvrant une zone tampon entre la Gambie, le Sénégal et le Mali, où le commerce frauduleux des médicaments impropres se pratique dans les marchés hebdomadaires, l'implantation de cette case de santé/pharmacie est un appui considérable aux services d'hygiène qui lutte contre la vente à l'étalage des médicaments. Ainsi l'équipe cadre de la région médicale a pris la décision d'accompagner la mise en place, de former le personnel du dépôt (un agent de santé communautaire, une matrone et un gérant) et d'autoriser son approvisionnement en médicament au centre de santé de Kaffrine. Aussi, les infirmiers chefs de poste, le personnel médical et les comités de santé ont été formés en « mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé » par les responsables de la mutuelle.

Afin d'assurer la pleine participation de tous, la mutuelle envisage d'organiser avec l'appui de partenaires des campagnes de sensibilisation, des séminaires de formation, des cotisations en natures.

Cheick Vilane

Cadres de Concertation : les acteurs nationaux se réunissent

L'année 2003 est une phase importante dans la mise en place des cadres nationaux de concertation. Ces espaces constituent la réplique nationale de la Concertation sous-régionale. Ils permettent aux acteurs nationaux d'échanger des expériences et de partager les stratégies pour un meilleur développement de la mutualité dans la sous-région. La restitution du forum 2002 de la Concertation a constitué un prétexte pour les réunir les acteurs du Bénin, du Burkina Faso, du Niger et du Sénégal. L'adaptation des thèmes du forum aux contextes nationaux a été suivie de l'étude des mécanismes pour des cadres de concertation pour les promoteurs et pour les mutuelles. Des rencontres similaires seront organisées prochainement dans les autres pays.



Evénements

Cours International de Formation

Chaque année, le Centre International de Formation et Recherche-Action dans le domaine de la Santé (CIFRA) organise un **Cours International de Formation en Recherche-Action appliquée au domaine de la santé**. La 12^e édition de ce cours aura lieu du 1^{er} juillet au 15 novembre 2003, soit sur une période de 5 mois environ.

Une session débutera le 1^{er} juillet 2003 par une phase de formation de base qui s'étalera jusqu'au 9 août 2003 à Ouagadougou. Après la période d'application du 10 août au 2 novembre 2003 (mise en œuvre des protocoles de recherche élaborés à la fin de la première phase), les participants se retrouveront de nouveau à Ouagadougou du 3 au 15 novembre 2003 pour un atelier de restitution.

L'objectif du cours est de donner aux cadres et acteurs du terrain des compétences leur permettant de mieux répondre aux besoins de santé des populations en utilisant l'approche recherche-action dans la gestion quotidienne de leur système de santé.

Pour plus d'informations, 2331 Avenue Houari Boumediene ; 11 BP 467 Ouagadougou 11 Burkina Faso
Tel : (226) 31 45 80 Fax : 31 65 41 Email : cifra@fasonet.bf

Formation sur la viabilité des services de santé et des organisations mutualistes : aspects technique, économique et institutionnel

Ce cursus de formation est conçu à l'intention des intervenants chargés de la conception, de la mise en œuvre, du financement ou de la gestion des systèmes de recouvrement des coûts.

Il a pour but de leur fournir des méthodes opérationnelles d'analyse de la viabilité des systèmes de recouvrement des coûts et d'assurance maladie, de former des opérateurs aptes à apporter un appui conseil de qualité pour faire progresser les structures mises en place avec les populations vers l'autonomie technique et financière.

Le stage accorde une importance particulière à la viabilité institutionnelle du district sanitaire, à la dynamique des acteurs (personnel de santé, tutelle et population), aux relations contractuelles entre les prestataires et les organismes d'assurance maladie et aux conditions à réunir pour parvenir à une autonomie technique et financière des services de santé et des organes d'assurance maladie.

Le document complet est disponible sur le site de la Concertation. Pour plus d'informations, CIDR Centre International de Développement et de Recherche 17, rue de l'Hermitage - 60350 Autrèches Tel : 33 - 3 44 42 71 40 - Fax : 33 - 3 44 42 94 52 - Email : cidr@compuserve.com

Mutuelle de santé : ça bouge en Mauritanie

Timidement, mais sûrement, les mutuelles de santé commencent à prendre leur envol en Mauritanie. Méconnue pratiquement par les utilisateurs et les professionnels de la santé, la mutualité est entrain de prendre forme grâce aux initiatives lancées par Caritas, l'Ong AMAD et le Ministère de la santé et des affaires sociales. Ces initiatives appuyées par le programme conjoint, BIT/STEP-FNUAP-OMS et UNICEF dans le cadre du projet « amélioration de la qualité des soins à travers le renforcement du partenariat entre les prestataires et les clients » ont permis d'accompagner des actions concrètes sur le terrain : journée de restitution de l'enquête les ménages dans le cadre du processus de mise en place de la mutuelle de Dar Naïm, formation des Ong sur la « découverte et la connaissance des mutuelles de santé », démarrage d'une étude de faisabilité par le Ministère de la Santé, notamment de la Direction des Affaires Sociales dans la Mougtaa de El Mina.

A côté de ces actions, il faut signaler l'engouement des Ong à appuyer les communautés dans ces nouvelles initiatives ; l'Etat, de son côté, a engagé une réflexion dans le cadre de la contractualisation entre les acteurs de la santé et les Ong. On peut relever par ailleurs les activités phares suivantes :

atelier national de lancement des activités décentralisées du projet (Boghé-nov 02); atelier de sensibilisation organisé sur les mutuelles de santé, organisé par la CLTM (Confédération libre des travailleurs de Mauritanie) avec l'appui de l'ODSTA et du BIT/STEP, réalisation et publication d'une BD sur la

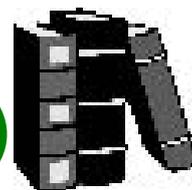


promotion des systèmes de micro-assurance santé; assemblée générale de la mutuelle de Dar Naïm, démarrage de la formation du comité d'initiative de sebkha démarrage des prestations au niveau de la mutuelle de Dioudé Diéri dans le Brakna.

Congrès de la mutualité malienne

Elle se tiendra à Bamako les 22, 23 et 24 octobre 2003. Le troisième jour est consacré au partage des expériences africaines. A cet effet, l'Union Technique de la mutualité Malienne (UTM) invite tous les acteurs qui souhaitent présenter des initiatives, à faire parvenir les résumés au plus tard le 31 août 2003. Les modalités pratiques de participation à cet événement seront communiquées ultérieurement sur le site de la Concertation ou sur demande à : UTM, rue 32 - porte 111, tél. +223 221 33 49, fax : +223 221 32 79, Email : utm@afribone.net.ml

2003 : la Concertation répertorie les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre



La qualité des soins pour les communautés : Un manuel pour les gérants des mutuelles de santé (à paraître sous : Kelley, Allison, Kelley, Edward, Quijada, Caroline. *Quality Care for Communities : A Manual for Mutual Health Organizations. The*

Partners For Health Reformplus Project, Abt Associates)

Dans le cadre du système de suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique, la Concertation procédera cette année à un inventaire. Ce suivi constitue une activité prioritaire de la Concertation.

L'inventaire concernera les 11 pays couverts par la Concertation (Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger) et se déroulera d'avril à juillet 2003. Les résultats complets seront diffusés via le site de la Concertation et une synthèse sera réalisée et publiée.

Pour apprécier le rôle que cette qualité joue dans les mutuelles de santé, les Projets PHR*plus* et Stronger voices ont enquêté 24 mutuelles de santé au Ghana, Sénégal, et Tanzanie durant l'automne 2001. Pour 52% des gérants des mutuelles de santé enquêtées, le fait de s'assurer que les membres reçoivent la meilleure qualité des soins a été cité comme l'aspect le plus important de leur travail. Cette étude a confirmé l'importance de créer un manuel pratique pour les gérants des mutuelles de santé.

Ce manuel est divisé en trois parties principales.

La première section cible la compréhension des diverses perspectives sur la qualité, et étudie en profondeur les perspectives des mutuelles de santé et de leurs membres. Le manuel fournit l'information pratique sur les termes et concepts de base de la qualité et les suggestions pour définir la qualité pour la mutuelle de santé.

La deuxième section est conçue pour que les gérants des mutuelles de santé réussissent sans effort à intégrer tout le processus et les étapes spécifiques associées à l'intégration de la notion de qualité dans leur travail. Cette section présente trois «méthodes» spécifiques pour intégrer la qualité des soins dans le travail de la mutuelle de santé : (a) la définition et l'usage de normes de qualité pour la MS, définition implicite ou explicite des niveaux de qualité attendus (b) la relation « contractuelle » ou l'accord écrit, entre la MS et le prestataire, que cela soit formel ou informel (c) l'évaluation de la qualité simple et les outils de contrôle pour assurer les niveaux acceptables de qualité.

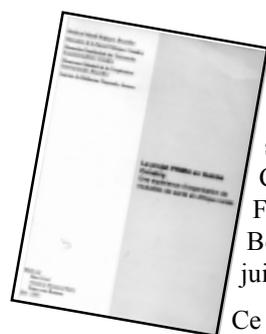
La dernière section du manuel présente une liste d'outils d'évaluation de la qualité spécifiques au contexte des mutuelles de santé. Ces outils trouvent leur fondement sur 30 années d'expérience dans l'assurance de qualité, d'évaluation de qualité et de travail d'amélioration de qualité fait par University Research Co, LLC (une des organisations ayant contracté avec le PHR*plus*) et EngenderHealth (une des organisations partenaire du Projet Stronger voice).



L'Initiative Sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales.

Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I. Taverne B. (eds), Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida, octobre 2002, 260 p.

Cet ouvrage collectif rassemble une vingtaine de chapitres, qui présentent les résultats d'une analyse multidisciplinaire des trois premières années (1998-2001) de fonctionnement de l'ISAARV.



Le Projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale.

Bart Criel, Aïssatou Noumou Barry et Franz Von Roenne, Medicus Mundi Belgique/GTZ/Minsanté-Guinée, juin 2002

Ce livre constitue le rapport final des résultats de recherche de PRIMA. Il est structuré en quatre chapitres. Pour disposer du document, écrire à :

Bart Criel : bcriel@itg.be,

Franz von Roenne : gtz-guinea@gn.gtz.de ou

Aïssatou Barry : dynam@biasy.net

Mutuelles de Santé - 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposées.

GTZ, Bonn décembre 2002

En observant les résultats du développement des mutuelles sur dix années, il semble que l'idée ne se soit implantée qu'avec grande difficulté dans la communauté. Cette étude menée avec des acteurs du système mutualiste propose une revue des problèmes majeurs actuels, des controverses et des solutions apportées à l'implantation des

mutuelles. Elle part de généralités sur le financement des soins de santé en Afrique, répertorie différentes approches pour la promotion des mutuelles et formule des recommandations pour un meilleur développement de la mutualité

Ce document est disponible en ligne sur le site de la Concertation, auprès des points focaux de la Concertation, ou sur demande à gtz@bv.aok.de

