

Etude réalisée avec l'appui du F3E (réf. 177 EP.) pour :

F3E

Fonds pour la promotion des

Etudes préalables

Etudes transversales

Evaluations

**Comité de Coopération
avec le Laos (CCL)**

4, rue Clairaut

75017 PARIS

FRANCE

Tel. : 33 (0)1 44 85 74 60

E mail : www.cclparis@club-internet.fr

Site Web : ccl-laos.org

Etude préalable pour la mise en place d'une expérimentation d'une assurance santé à caractère mutualiste au Laos

avril - septembre 2004

Marie Boulange
Julie Marteau
AG2R-CCL-ICOSI

32, rue le Peletier
75009 Paris
T. 33 (0)1 44 83 03 55
F. 33 (0)1 44 83 03 25
F3e@f3e.asso.fr
www.f3e.asso.fr

SOMMAIRE

Résumé.....	4
Lexique des abréviations	7
INTRODUCTION	8
OBJECTIFS DE L'ETUDE	10
1. Objectif général.....	11
2. Objectifs spécifiques	11
CONTEXTE	13
Contexte National.....	14
1. Contexte géographique.....	14
1.1. Un pays enclavé et montagneux	14
1.2. Un réseau de communication peu développé	14
2. Contexte économique.....	14
2.1. L'ouverture de l'économie et les effets de la crise asiatique	14
2.2. Un pays fortement tributaire de l'aide internationale	15
2.3. Les fondements de l'économie nationale.....	15
2.4. Des perspectives tournées vers la réduction de la pauvreté et des inégalités.....	15
3. Contexte démographique.....	16
3.1. Une densité faible et une répartition inégale sur le territoire	16
3.2. Une population jeune.....	16
4. Contexte sociologique.....	16
4.1. Une population pluri-ethnique.....	16
4.2. L'influence bouddhique.....	17
4.3. Education.....	17
5. Législation des associations	17
5.1. Le droit des associations.....	17
5.2. Fiscalité	17
5.3. Associations étrangères	17
6. Politique	18
6.1. Un pays fortement marqué par les conflits	18
6.2. La création de la République Démocratique Populaire du Laos (RDPL).....	18
7. Politique de santé et organisation du système de soins	19
7.1. Historique	19
7.1.1. Principes fondateurs et évolution.....	19
7.1.2. Stratégies à l'horizon 2020	19
7.2. Etat de santé de la population	20
7.2.1. L'espérance de vie la plus faible des pays de l'ASEAN.....	20
7.2.2. Une très forte mortalité infantile et maternelle	20
7.2.3. Les principales causes de mortalité et de morbidité.....	20
7.3. Assurances santé au Laos	21
7.4. Organisation des ressources.....	21
7.4.1. Le système public de santé	21
7.4.2. Le secteur privé.....	23
7.4.3. Le système pharmaceutique.....	23
7.4.4. La médecine traditionnelle.....	24
7.5. Le développement des ressources sanitaires.....	25
7.5.1. La répartition des infrastructures	25
7.5.2. Les ressources humaines.....	25
7.6. Le financement de la santé	27
7.6.1. La santé : faible priorité du gouvernement ?.....	27

7.6.2. Une part importante du financement laissé à la charge des ménages	27
7.6.3. L'allocation des ressources	28
7.6.4. Des dépenses de pharmacie à l'origine de la moitié des dépenses et des professionnels sous payés	28
Contexte Local.....	29
1. Contexte général.....	29
2. Contexte sanitaire.....	29
2.1. Etat de santé de la population	29
2.2. L'organisation et le développement des ressources sanitaires de la zone.....	29
2.2.1. L'organisation de l'offre.....	29
2.2.2. Développement des ressources	30
METHODOLOGIE	31
1. Analyse du contexte	32
2. Affinement des objectifs	32
3. Elaboration du plan d'action	32
4. Mise en oeuvre	32
4.1. Période de l'étude	32
4.2. Echantillonnage	33
4.2.1. Définition des populations cible et source	33
4.2.2. Echantillonnage	33
4.3. Mode de recueil des données.....	34
5. L'exploitation des données.....	35
6. Elaboration de propositions.....	35
7. Organisation des séminaires de restitution.....	35
RESULTATS ET ANALYSE	36
1. Faisabilité sociale.....	37
1.1. Résultats de la faisabilité sociale	37
1.1.1. Les recours en cas de maladie.....	37
1.1.2. Exclusions.....	38
1.1.3. Comportements de recours aux exclusions financières.....	39
1.1.4. Acceptabilité du concept assurantiel.....	41
1.2. Analyse de la faisabilité sociale.....	42
1.2.1. Pertinence d'une assurance santé à Paksane	42
1.2.2. Acceptation du principe assurantiel par la population	43
2. Faisabilité économique.....	43
2.1. Résultats de la faisabilité économique.....	43
2.1.1. Conditions de solvabilité	43
2.1.2. Conditions d'attractivité	44
2.2. Analyse de la faisabilité économique	45
2.2.1. La population cible	45
2.2.2. Fixation de la relation entre montant des cotisations et garanties proposées	46
2.2.3. Sécurisation des fonds	49
3. Faisabilité technique.....	49
3.1. Résultats de la faisabilité technique.....	49
3.1.1. Condition relative à l'offre de soins existante.....	49
3.1.2. Conditions relatives à la gestion du système.....	59
3.2. Analyse de la faisabilité technique	59
3.2.1. L'offre et la demande de soins.....	59
3.2.2. La gestion.....	62
SYNTHESE DE LA FAISABILITE	64
1. Taux d'adhésion suffisant probable.....	65
2. Le dilemme des prestations à couvrir.....	65
3. Qualité de l'offre de soins insuffisante.....	65
4. Recommandations	66

CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	74
Annexe 1 : Carte du Laos	75
Annexe 2 : Carte du district de Paksane et liste des villages enquêtés	76
Annexe 3 : Assurances au Laos et projet OMS/ministère de la santé.....	77
Annexe 4 : Grille d’entretien auprès de la population et des professionnels de santé.....	82
Annexe 5 : Focus groupe auprès de la population et des professionnels de santé	90
Annexe 6 : Les motifs de recours aux soins à l’hôpital de Paksane entre 2000 et 2003	94
Annexe 7 : Caractéristiques des patients de l’hôpital de Paksane	95
Annexe 8 : Le fonctionnement du RDC	96
Annexe 9 : Réalité du système de gratuité	97
Annexe 10 : Evaluation des résultats : la mortalité hospitalière.....	98
Annexe 11 : Observation du fonctionnement de l’hôpital	99
Annexe 12 : Coûts de certaines prestations à l’hôpital de Paksane	109
Annexe 13 : Calcul du montant de cotisation annuelle.....	110
Annexe 14 : Termes de références et budget de l’étude.....	111
Annexe 15 : Personnes ressources rencontrées.....	120

RESUME

Comme dans nombre de pays en voie de développement, les réformes engagées dans les années 1980 par le Laos dans le cadre du Plan d'Ajustement Structurel ont occasionné une réduction des dépenses publiques, touchant particulièrement le secteur de la santé. Dans ce contexte d'incapacité de l'état à disposer d'un financement suffisant pour le système de santé, et conformément aux principes soutenus lors de l'initiative de Bamako en 1987, le CCL s'engage en 1989 dans la province de Bolikhamsay : conjointement avec les acteurs locaux, il œuvre à la mise en place d'un recouvrement des coûts (RDC) pour les produits consommables, dans l'hôpital de district de Pakkading, puis dans l'hôpital provincial de Paksane. Toutefois avec la mise en place du RDC, le financement des dépenses de santé par les ménages, s'il n'occasionne que très rarement des exclusions définitives à l'accès aux soins, se révèle être dans certains cas source d'exclusion temporaire, et dans d'autres cas source de décapitalisation parfois massive. Cette dernière maintient ou entraîne le malade et sa famille dans une situation précaire, voire peut les faire basculer dans la pauvreté. Se profile alors l'intérêt d'intégrer une assurance mutuelle de santé au schéma sanitaire, dans une perspective de développement social et de promotion de la santé ; cependant certains préalables indispensables à la viabilité du système doivent être préalablement réunis.

L'objet de cette étude est de définir les conditions de faisabilité sociale, économique et technique, pour la mise en place d'une assurance santé à caractère mutualiste dans le district de Paksane au Laos. Une enquête, alliant les approches quantitatives et qualitatives, menée en juillet 2004 auprès de 138 villageois, 32 professionnels de l'hôpital provincial et 25 patients accompagnés de leur famille, a permis d'apprécier les facteurs favorisant et les obstacles à la mise en œuvre ultérieure d'un éventuel projet.

Il ressort de cette étude que :

- Un taux d'adhésion suffisant est probable
Bien que le concept assurantiel ne soit pas compris de tous, il semblerait que son acceptation par la population puisse se vérifier au prix d'une large communication en direction des villageois.
Au-delà de cette adhésion au principe, les capacités contributives mensuelles des ménages sont homogènes, et si leur faible montant interdit une prise en charge globale des prestations de santé, ils s'accordent sur la définition des besoins prioritaires de la communauté ; ceci devrait faciliter le choix des prestations à couvrir et garantir un plus fort taux d'adhésion.
- Seule la couverture des prestations hospitalières est envisageable
C'est de la qualité de l'offre de soins, proposée aux adhérents, que dépendra l'attractivité du produit.
L'éventualité qui paraît optimale et qui de plus est en adéquation avec la demande de la population, est de proposer une prise en charge des soins hospitaliers et ambulatoires en établissant un partenariat avec l'hôpital, les cabinets privés, l'unique pharmacie de type 1 et les quatre dispensaires.

Or en l'état actuel des choses, cette éventualité n'est pas envisageable (capacités contributive des ménages trop faibles, qualité des prestations variable, absence de tarification fixe...). Bien qu'une prise en charge exclusive des hospitalisations puisse entraîner certains effets négatifs (retard à l'accès aux soins entraînant une augmentation de l'incidence des formes graves d'affections...) elle apparaît être, à court terme, la seule solution réaliste.

→ La qualité de l'offre de soins à l'hôpital est à l'heure actuelle insuffisante
L'hôpital de Paksane s'impose comme le partenaire incontournable. Or, la qualité des prestations fournies à l'hôpital, qu'elle soit objectivée ou perçue ne fait pas l'unanimité.

En effet :

- La gouvernance du système de RDC est défailante en ce sens que le Comité de contrôle du RDC n'a d'existence que juridique, et que la participation de la communauté aux instances de décision n'a jamais existé en réalité.
- Les orientations prises dans l'allocation des excédents du RDC ne semblent pas opportunes, ce qui est d'autant plus problématique que les dépenses globales engagées sont supérieures aux recettes du RDC.
- L'hôpital connaît des défaillances logistiques, en particulier des ruptures de stock de médicaments.
- Les patients émettent de vives critiques quant à la qualité des prestations proposées (accueil, information, délai de prise en charge...).

→ Des pré requis devront être atteints avant la mise en œuvre du projet

Contrairement à ce que proposent certains, nous excluons l'éventualité de contractualiser avec un prestataire n'offrant pas des soins de qualité : le pari qu'un mouvement mutualiste concoure à l'amélioration de l'offre de soins, paraît risqué. Notre choix se base sur l'analyse des expériences de micro assurance santé, retracé par Letourmy (43) qui souligne que « les organismes qui ont réussi se sont associés à des formations de qualité ».

La mise en œuvre prématurée du projet risquant de créer une déception des adhérents et de compromettre, à plus long terme, l'acceptation des principes de l'assurance santé mutualiste, l'étude propose donc un plan d'action visant à l'atteinte des pré requis suivants :

- confirmer par une campagne d'information et d'enquête complémentaire auprès des villageois leur intérêt pour la mise en place d'une assurance mutuelle de santé, leur capacité contributive (notamment le montant variable des cotisations selon la taille du foyer à assurer), les événements à assurer, les modalités de recueil des cotisations...
- identifier les personnes qui seront en mesure de faire partie du comité de gestion de l'assurance santé à caractère mutualiste et les former de manière à ce que leur participation soit effective.
- apporter un soutien à la gouvernance du RDC (qui devrait permettre entre autre de mettre un terme aux ruptures de stocks).
- ajuster les tarifications des actes annoncées par l'hôpital afin d'avoir une estimation du coût réel (une augmentation des charges de l'hôpital étant à prévoir en cas de contractualisation avec l'assurance du fait d'un prévisible accroissement au recours aux soins). Sans quoi le déséquilibre financier induit, conduirait à une diminution de la qualité des soins à l'hôpital, préjudiciable à l'assurance elle-même.

- améliorer la qualité de l'accueil des patients (délais d'attente, manque de considération et d'explications...).
- initier un débat autour de la prise en charge des indigents, renforcer la capacité du RDC à les prendre en charge gratuitement conformément à la loi, et sensibiliser les membres du gouvernement et la population aux avantages et inconvénients des systèmes volontaires d'assurance maladie (type mutuelle de santé), par rapport aux systèmes obligatoires (type assurance maladie).

Mots clés : étude de faisabilité, mutuelle de santé, micro assurance, assurance maladie, financement de la santé, Laos.

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

ACOPAM	Appui Associatif et Coopératif aux initiatives de Développement à la base dans le Sahel
AGL	Assurances Générales du Laos
AG2R	Assurances
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique
ASEAN	Association des Nations d'Asie du Sud-Est
BCG	vaccins Bilié de Calmette et Guérin
BIT	Bureau International du Travail
BTC	vaccins
CBHI	Community Based Health Insurance
CCL	Comité de Coopération avec le Laos
CCFD	Comité Catholique contre la faim et pour le développement
CEE	Communauté Economique Européenne
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CRAES	Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé
CREDES	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
ECG	ElectroCardioGramme
F3E	Fonds pour la promotion des Etudes préalables Etudes transversales Evaluation
FMI	Fond Monétaire International
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
IB	Initiative de Bamako
ICOSI	Institut de Coopération Sociale Internationale
IMRAD	Introduction Méthode Résultats Analyse Discussion
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IREPD	Institut Recherche Economique Production Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNUD	Programmes des Nations-Unies pour le Développement
PROMUSAF	PROgramme d'appui aux MUtuelles de Santé en Afrique
PVD	Pays en Voie de Développement
RDC	Recouvrement Des Coûts
RDPL	République Démocratique Populaire du Laos
SIDA	Syndrome Immunodéficient Acquis
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VIP	Very Important Personnes
WSM	World Solidarity/Solidarité Mondiale

INTRODUCTION

Créé en 1980, le Comité de Coopération avec le Laos (CCL), association régie par la loi de 1901, a pour objectif : «d'établir et de promouvoir des échanges avec le Laos dans les domaines de la science, de l'éducation et de la culture notamment pour aider le Laos dans sa tâche de reconstruction et de développement et ce, dans le respect des orientations définies par les responsables laos ».

L'expérience du CCL, dans la province de Bolikhamsay, depuis 1989, sur des thématiques ayant trait à la santé, a permis à l'association conjointement avec les acteurs locaux, de soutenir la mise en place d'une offre de soins minimale et de sécuriser financièrement l'hôpital de province de Paksane. En effet, le recouvrement des coûts (RDC) initié par le CCL, en permettant un réapprovisionnement des produits consommables de l'établissement, a amélioré indirectement les capacités diagnostiques et de traitements des professionnels et a ainsi permis d'augmenter la confiance des usagers dans les prestations fournies par l'établissement.

Toutefois, sa mise en œuvre s'est accompagnée de deux autres réalités :

- ce système a renforcé l'idée, selon laquelle, seul le produit est important car en facturant uniquement les consommables, l'usager ne prend pas en compte la prestation intellectuelle qui mène à la prescription,
- une participation importante du patient, aux coûts des consommables, lors d'affections graves, amène l'usager à mettre un terme prématuré à son hospitalisation ou à subir une importante décapitalisation (vente de cheptel, emprunts pour couvrir la dette...).

Afin de concourir à l'amélioration de l'accès aux soins des habitants de la province et de réduire le nombre de familles susceptibles d'être entraînées dans un processus de paupérisation, est né le projet d'étudier la faisabilité de la mise en place d'une assurance santé volontaire, à caractère mutualiste, en partenariat avec les autorités de la santé provinciales de Bolikhamxay.

Toutefois, compte tenu du caractère très innovant du projet, non seulement d'un point de vue technique mais aussi social, il était indispensable de réaliser une étude préalable avant une éventuelle mise en place du projet. Pour ce faire, un partenariat a été établi avec l'AG2R et l'ICOSI et deux chargées de mission ayant, l'une, une formation en sociologie et économie, l'autre en santé publique ont été désignées pour mener cette étude dans un délai de cinq mois et demi.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. OBJECTIF GENERAL

Dans un délai de 6 mois, réaliser une étude sur la faisabilité sociale, économique et technique de la mise en place d'une assurance santé à caractère mutualiste dans le district de Paksane et définir, le cas échéant, les modalités de sa mise en œuvre.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Analyser dans les relations qu'il peut avoir avec l'objectif de l'étude, le contexte :
 - géographique,
 - économique,
 - démographique,
 - sociologique,
 - législatif,
 - politique
 - sanitaire, aussi bien à l'échelle nationale que locale.

- Evaluer l'état de santé des familles et de la communauté, à travers :
 - un diagnostic de santé perçue par la population et les professionnels de soins,
 - un diagnostic objectif (recueil de données statistiques).

- Argumenter la faisabilité sociale
 - Conditions d'acceptabilité
 - déterminer si l'accès aux soins modernes est un besoin prioritaire pour la population,
 - estimer la connaissance du principe assurantiel et son degré de compréhension et d'adhésion par la population,
 - définir les représentations de la santé, de la maladie et du système de soins.

 - Conditions de pertinence
 - Sanitaires :
 - analyser les obstacles actuels à l'accès aux soins (exclusions sociales, culturelles, saisonnières, financières, géographiques...),
 - avoir une représentation des itinéraires thérapeutiques des malades et des coûts engendrés par les différents types de recours (identification des exclusions, des seuils d'accessibilité),
 - mesurer le degré de satisfaction relatif à l'offre de soins,
 - estimer le recours éventuel aux soins à la capitale ou à l'étranger.

 - Sociales :
 - définir les modalités de financement des soins par la population (épargne personnelle, entraide familiale et villageoise, emprunt, décapitalisation du cheptel...),
 - analyser le système d'entraide existant et ses limites,
 - déterminer les critères limitatifs à l'extension de l'assurance santé à caractère mutualiste.

- Argumenter la faisabilité économique
 - Conditions de solvabilité
 - définir quelles sont les possibilités d'épargne pour les dépenses de santé,
 - estimer les montants de cotisation possibles et acceptables,

- estimer la régularité des ressources financières dans les ménages et si tel n'est pas le cas, déterminer les périodes de soudure.

- Conditions d'attractivité

- définir les besoins prioritaires perçus et objectifs en matière de soins,
- déterminer les événements de la vie (mariage, décès...) que la population voudrait voir pris en charge par l'assurance santé,
- analyser le degré de compréhension et d'acceptation du concept de ticket modérateur et de période de carence,
- déterminer si la couverture doit être proposée à la famille restreinte ou élargie.

- Etudier la faisabilité technique

- Conditions relatives à l'offre de soins existante

- repérer l'ensemble des acteurs, formels et informels, du secteur sanitaire public et privé, et leur place dans le schéma provincial de santé,
- évaluer à travers un diagnostic perçu (entretien et observation) et objectif les caractéristiques de l'offre de soins à l'hôpital provincial,
- recueillir la tarification des actes affichée et effective des différents prestataires de soins,
- identifier les besoins non couverts par l'offre de santé existante.

- Conditions relatives à la gestion du système

- identifier les modalités de la participation de la communauté à une structure mutualiste et les personnes qui seraient susceptibles de faire partie des instances de décision de la mutuelle,
- déterminer les modalités de recouvrement des cotisations et de prise en charge souhaitées,
- identifier les personnes qui pourraient être en mesure d'assurer la communication du projet auprès de la population.

- S'assurer de la participation de l'ensemble des partenaires et notamment de la population elle-même aux différentes phases de l'étude,

- Présenter aux partenaires les conclusions de l'étude lors de séminaires de restitution

CONTEXTE

CONTEXTE NATIONAL

1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

Cf. annexe 1

1.1. Un pays enclavé et montagneux

Plus petit pays de la péninsule indochinoise, le Laos s'étend sur 236 800 km², soit près de la moitié de la superficie de la France. Sans débouché sur la mer, le pays est délimité au Nord par la Chine et la Birmanie, à l'Ouest par la Thaïlande, au Sud par le Cambodge et par le Vietnam à l'Est (6).

Avec plus de 90% de son territoire situé à plus de 180m d'altitude, le pays est essentiellement montagneux (7). Découpé administrativement en 16 provinces plus la municipalité de Vientiane et la région spéciale du Nord Ouest, les provinces se subdivisent en 126 districts. Le Nord avec 9 provinces est caractérisé par un relief extrêmement montagneux. Le centre est quant à lui découpé en 3 provinces : la municipalité et la province de Vientiane (la capitale du Laos), la province de Bolikhamxay avec ses 6 districts dont celui de Paksane et la province de Khammouane. Le relief est composé de la plaine de Vientiane, le plateau Karstique de Khammouane à l'Est et la région plane à l'Ouest. Le Sud divisé en 5 provinces est une région de plateaux, limitée à l'Est par la Cordillère Annamitique, à l'ouest par le Mékong (8).

Le climat tropical, sous régime de la mousson, présente une saison des pluies entre juin et octobre et une saison sèche de novembre à mai. La température s'échelonne entre 15°/20° en décembre et janvier et 30°/40° en mars et avril (6).

1.2. Un réseau de communication peu développé

Le réseau routier, peu développé, difficilement praticable, demeure un frein à l'intégration territoriale et économique. Si la circulation à l'intérieur du pays reste difficile, les 4350 km de frontières sont quant à elles très perméables. Le réseau ferroviaire est inexistant et le réseau aérien propose à l'heure actuelle plusieurs destinations nationales et internationales (9).

Le réseau fluvial constitué par le Mékong et ses affluents comprend 2400 km dont 850 km sont navigables toute l'année. Si ce réseau est peu utilisable pour les bateaux, il l'est en revanche et de façon efficace pour les pirogues transportant individus et marchandises (7).

2. CONTEXTE ECONOMIQUE

2.1. L'ouverture de l'économie et les effets de la crise asiatique

A la demande du Parti et avec l'aide de la communauté internationale, le Laos est passé en 1986 d'un système d'économie centralisé à une économie de marché ouverte au secteur privé avec l'introduction d'un « Nouveau mécanisme Economique » (10). Le code des investissements en 1988 puis le premier Plan d'Ajustement Structurel en 1989 soutenu par le FMI et la Banque Mondiale ont contribué aux nombreux changements : stabilisation de

l'environnement macro-économique, apparition du secteur privé, extension du secteur industriel, augmentation des investissements étrangers et des flux commerciaux.

En devenant en 1997 membre de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est, le Laos conforte sa position sur la scène internationale mais ne modifie en rien ses orientations politiques (8).

Toutefois en 1997, la crise financière et économique que connaît la Thaïlande affecte durement l'économie lao. En 1999, le déclin de l'économie perdure, l'inflation s'envole et les revenus de l'Etat sont à zéro. A partir de cette période les investisseurs étrangers et les bailleurs de fonds se font rares. La banque Mondiale et le FMI, formulent des conditions préalables aux prêts, entre autres une meilleure gouvernance et une lutte contre la corruption et la bureaucratie. Mais devant la lenteur et/ou l'opposition du gouvernement, la deuxième tranche de subventions prévue est suspendue en 1998. Pour faire face, le Laos s'adresse au Japon, son plus gros donateur, qui lui alloue des crédits sous certaines conditions en 2002 (10).

Avec un PIB annuel par habitant de 370 dollars US en 2003, le Laos figure toujours actuellement parmi les pays les plus pauvres du monde. Il bénéficiait toutefois d'un taux de croissance de 6% en 2000 et 5,2% en 2001 (12). Dans le rapport du PNUD 2003, l'indice de développement humain de la RDP lao plaçait le pays en 135^{ème} position sur 175.

2.2. Un pays fortement tributaire de l'aide internationale

L'aide internationale représentait, en 2000, 226 millions de dollars US (13) et le montant de la dette s'élevait à 2 498,9 millions de dollars US (14).

Il existe au Laos deux types de bailleurs de fonds, d'une part l'aide bilatérale avec le Japon principalement et les pays de l'Union Européenne, d'autre part les institutions financières internationales : Banque Asiatique de Développement, Banque Mondiale et FMI (10).

2.3. Les fondements de l'économie nationale

En 2002, l'économie nationale reposait principalement sur l'agriculture qui procurait 50% du PIB en occupant environ 85% de la population. Les autres 50% se répartissaient de façon équitable entre les services et l'industrie (14).

La balance commerciale en 2001 était négative avec 551 millions de dollars US d'importation contre 331 d'exportation. A eux seul le textile, l'électricité et le bois représentent 65% des exportations du pays (14).

2.4. Des perspectives tournées vers la réduction de la pauvreté et des inégalités

Les autorités lao accordent une importance primordiale à la réduction des inégalités afin d'éviter les risques politiques liés à leur accroissement. Il a été mis en évidence lors du « forum Asie-Pacifique » que la croissance économique a été de 4,6% entre 1992 et 1998 alors que le taux de pauvres¹ a diminué de 3,1% seulement. Entre 1997 et 1998, 38,6% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté mais cette classification reflète mal les

¹ Sont considérés comme pauvres les personnes dont les revenus se situent en dessous du seuil de pauvreté. Deux éléments permettent de déterminer ce seuil : le nombre d'apports caloriques journaliers et les indicateurs non alimentaires tels que : l'habitat, les ressources vestimentaires, l'accès au transport. Le seuil de pauvreté était fixé en 1997/1998 à 152 218 kips par personne et par mois, 192 700 kips en zone urbaine et 144 070 en zone rurale (11).

diverses situations d'autosubsistance ou d'autosuffisance dans laquelle se trouve l'essentiel de la population rurale (10).

3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

3.1. Une densité faible et une répartition inégale sur le territoire

Avec 5,526 millions d'habitants en 2002 (2,731 millions d'hommes et 2,795 millions de femmes), la RDP Lao possède la densité de population la plus faible de l'Asie du Sud-Est avec 23,4 pers/km² en 2002, contre 243,2 au Vietnam (14).

Toutefois, la répartition des terres cultivables, fait que la densité de population est inégale sur le territoire, élevée sur les basses terres elle est minime sur les plateaux et dans les zones de montagne (15).

En 2000, la RDPL était faiblement urbanisée avec 17% de citadins (16).

3.2. Une population jeune

Au regard de la structure par âge de 2002 la population lao est très jeune : 0-4 ans : 15,7%, 5-14 ans : 28,4%, 15-24 ans : 17,9%, 25- 59 ans : 32,2 % et 60 ans et plus : 5,8% (14).

Le taux d'accroissement démographique annuel entre 1992 et 2002 est estimé à 2,4% (17) contre 1,2% en Asie du Sud-Est, l'indice global de fécondité est de 4,8 en 2002 (17) et 2,1 en Asie du Sud-Est. Le taux brut de natalité en 2000 était de 34,0 pour 1 000 et le taux brut de mortalité de 6,3 pour 1 000 (14).

4. CONTEXTE SOCIOLOGIQUE

4.1. Une population pluri-ethnique

Le peuplement du Laos résulte d'un long écoulement initié il y a 3000 ans de populations originaires de la chine méridionale. Ce sont les différentes vagues de migrations qui sont à l'origine de l'exceptionnelle diversité culturelle du pays.

On peut identifier quatre grands groupes ethnolinguistiques, porteurs de langues, de croyances et de traditions ethniques variées :

- Les Austro-asiatiques établis au Laos depuis au moins 3000 ans, représentent 24% de la population. On les nomme aussi les Lao-Theungs ou Lao des plateaux.
- Les Tai-Kadai, arrivés au Laos à partir du 11^{ème} et 12^{ème} siècle sont majoritaires à 66%. On les appelle communément les lao-loums ou lao des plaines.
- Les Miao-Yao présents depuis le 19^{ème} siècle représentent 7%.
- Les Tibéto-Birmans présents depuis le 19^{ème} siècle constituent 3% de la population. Ces deux derniers groupes sont appelés les Lao-Soungs ou Lao des montagnes (8) (9) (18).

Lors du dernier recensement le nombre d'ethnies s'élevait à 65 mais officiellement le gouvernement n'en reconnaît plus que 48. Cette classification arbitraire poursuit des enjeux politiques visant à valoriser la représentativité des Tai-Lao.

Si le lao est la langue officielle, une grande partie des ethnies minoritaires continuent à communiquer avec leur langue propre, ce qui ne fait qu'augmenter les problèmes de communication dans les zones reculées et ajoute une difficulté à l'organisation des systèmes de santé dans ces zones (15).

4.2. L'influence bouddhique

Les religions et les cultes les plus représentatifs au Laos sont le bouddhisme Theravada des Thais, l'animisme des Austro-asiatiques et le chamanisme des Hmongs. Mais quelle que soit leur origine, les différents groupes partagent un fond commun de croyances et de rituels. Si 65% de la population pratiquent le bouddhisme, le christianisme et l'islam ne sont pratiqués que par une faible minorité de la population (7) (15).

4.3. Education

En 2002, le nombre total d'étudiants était de 1 168 600 dont 73% ayant un niveau primaire (14). En 2003, le taux d'alphabétisation des 15-24 ans était estimé à 80% pour les deux sexes avec une forte disparité entre les ethnies, à l'avantage des Lao-loums (14).

5. LEGISLATION DES ASSOCIATIONS

Selon l'article 31 de la constitution de la RDP Lao, « Les citoyens lao ont la liberté de parole, de presse et d'assemblée, d'associations et de manifestations qui ne sont pas contraire à la loi » (8).

5.1. Le droit des associations

Il existe différentes organisations de masse, très structurées, étroitement contrôlées par le Parti Révolutionnaire Lao et le Front d'Edification National Lao. Ces associations sont représentées aux différents échelons administratifs (province, district, village). Elles ont comme vocation de mener des projets à caractère économique, social et humanitaire et jouent un rôle important dans l'éducation politique des masses. Les plus connues sont : la Fédération des Syndicats Lao, la Jeunesse Populaire Révolutionnaire Lao et l'Union des Femmes Lao...

Quelques rares associations de nature commerciale ont vu le jour ainsi que quelques petites entreprises constituées sous la forme de coopératives.

Enfin, on note l'existence d'un petit nombre de groupes informels, généralement formés par d'anciens membres du personnel d'ONG internationales. Ils servent de relais à la mise en œuvre des politiques nationales ou offrent un espace de réflexion (19).

Les expériences du CCL des Comités de tronçon (Comités villageois d'entretien des pistes) et des Caisses de crédit villageoises laissent à penser que la reconnaissance institutionnelle d'un ensemble d'individus partageant un intérêt commun est envisageable dès lors qu'il vise au développement et que les autorités des différents échelons sont intégrés dès la phase initiale du projet.

5.2. Fiscalité

Il n'existe aucune législation fiscale relative aux associations (19).

5.3. Associations étrangères

Si le Comité des investissements de la coopération, sous l'autorité du Ministre des Affaires Etrangères enregistre les organisations étrangères, elles n'ont toutefois pas d'existence juridique reconnue. Tolérées plutôt que reconnues, elles n'existent pas en tant que telles mais

uniquement à travers les programmes menés, l'agrément étant nécessaire pour chaque projet (des accords cadre pouvant être exceptionnellement conclus avec l'administration lao) (19). La réglementation, imposée par les autorités et à laquelle doivent se soumettre les associations est fonction des montants budgétaires investis par les structures associatives au Laos.

6. POLITIQUE

6.1. Un pays fortement marqué par les conflits

Unifié pour la première fois en 1353, sous le règne du roi Fa-Ngum, l'ancien Laos se nommait Lane Xang ou pays du million d'éléphants (7).

Entre le XV et le XIX siècle, l'histoire du pays fut marquée par de longues luttes non seulement internes (le royaume ayant été divisé en 3 principautés rivales en 1664 : celle de Luang Phabang au Nord, Vientiane au centre, Champasak au sud) mais aussi contre les pays voisins et leurs ambitions territoriales (Birmanie, Siam, Cambodge et Vietnam) (20).

C'est donc dans un contexte de division du royaume, largement soumis au Siam, que s'imposa le protectorat français en 1893 et que le Laos avec l'appui du roi fut incorporé à l'Indochine. Portant ses efforts sur le Vietnam, la France s'investira peu au Laos. La colonisation aura toutefois été accompagnée de la réunification quasi complète du pays, de l'apaisement dans les relations avec le Siam et le Vietnam et des progrès furent accomplis dans les domaines de l'éducation, de l'hygiène et des communications (20) (7).

Lors de la Seconde Guerre Mondiale, l'Indochine connaît l'avancée des Japonais qui contraignent le roi lao à proclamer l'indépendance du pays. Indépendance qui sera réaffirmée plus tard par le mouvement indépendantiste Lao Issara, puis par le Front du Laos libre en 1950 qui deviendra par la suite le Pathet Lao. Il faut attendre 1953 pour que la France reconnaisse la pleine indépendance du Laos avec le traité d'amitié et d'association. Le régime royaliste, parlementaire et neutraliste qui se met en place à cette époque continue à recevoir l'opposition du Pathet Lao (8). Entre 1963 et 1975, la lutte armée n'a de cesse et le pays doit faire face à de nombreux changements politiques. Au cœur des enjeux internationaux de par sa position géostratégique, le Laos connaît lors des neuf ans du conflit vietnamien l'un des plus lourds bombardements aériens de l'histoire. Ce bombardement massif, une bombe toutes les huit minutes, soit rapporté à la population de l'époque environ deux tonnes de bombes par personne, freine aujourd'hui encore le développement de la moitié du territoire. Les nombreuses bombes, non encore explosées, continuent à blesser et tuer 200 personnes par an dont 40% d'enfants (10).

6.2. La création de la République Démocratique Populaire du Laos (RDPL)

En 1975, date marquant la fin de la guerre du Vietnam, le Pathet Lao s'empare du pouvoir et le Laos devient le 2 décembre une République Démocratique Populaire (7). Le nouveau régime, particulièrement dur : interdiction du bouddhisme, suppression des marchés, épuration des réactionnaires... entraîne l'exil de milliers de personnes (8).

Sur le plan économique, la RDP Lao reçoit à cette période une assistance importante des pays membres de l'Union Soviétique, s'amenuisant avec la disparition de l'URSS.

L'instauration de 1975 à 1979, selon le modèle marxiste, d'une politique de collectivisation de l'agriculture aboutit à un échec. En 1986, le Laos libéralise sa politique en adoptant les « nouveaux mécanismes économiques », lance une série de réformes et encourage l'entreprise privée (10).

Le 15 août 1991, la nouvelle constitution lao confirme le caractère populaire et démocratique du pays et le rôle du Parti révolutionnaire du peuple en temps que leader du système politique. Les autorités centrales désignent les gouverneurs de province et les chefs de district, la communauté de base élit pour 5 ans les chefs de village, l'ensemble de ces représentants devant obligatoirement appartenir au Parti (8). Dans les faits, le droit de la constitution n'est qu'un moyen au service du Parti et ne constitue pas une limite au pouvoir. Les institutions étatiques sont donc au service de fins socialistes non inscrites dans la constitution (8).

7. POLITIQUE DE SANTE ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

7.1. Historique

7.1.1. Principes fondateurs et évolution

Suite à la création de la RDP Lao en 1975, se définit une politique gouvernementale de santé ayant comme objectif de couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population avec une attention toute particulière envers les groupes les plus vulnérables c'est-à-dire les mères et leurs enfants et les minorités ethniques. Principes qui seront repris dans la constitution de 1991 (16).

En 1978, le Laos participe à la conférence d'Alma Alta et s'approprie les concepts et approches des soins de santé primaires (16).

Avec l'apparition du nouveau mécanisme économique en 1986, des changements institutionnels majeurs voient le jour dans de divers secteurs et notamment dans le domaine de la santé. C'est à cette période que le cinquième congrès du parti décide que des expériences de recouvrement des coûts doivent être initiées et que l'implantation de cabinets privés et de pharmacies privées est autorisée (21).

7.1.2. Stratégies à l'horizon 2020

Au niveau ministériel, coexistent deux systèmes de planification : un plan quinquennal et un plan annuel. Ces deux plans établis par le ministère de la santé sont élaborés suite aux propositions faites par les différents services du ministère de la santé au département de la planification et des finances (22).

Suivant les orientations prises lors de la 7^{ème} table ronde des partenaires du développement du Laos, en novembre 2000, la stratégie annoncée par le ministère de la santé à l'horizon 2020 est de : « Développer le système de santé lao et assurer une couverture des besoins de la population en terme de santé, de justice et d'équité de manière à améliorer les conditions de vie de l'ensemble des ethnies du pays. » (16).

Pour atteindre cet objectif, quatre concepts de base guideront le développement du secteur sanitaire : les services de base devront être socialement acceptables, reposer sur un fondement scientifique solide, être accessibles à la communauté et répondre aux réels besoins de santé.

De ces concepts découlent sept orientations (22) :

- renforcer les compétences des professionnels de santé d'un point de vue de l'attitude, de l'éthique et de la technique de manière à garantir un plus haut niveau de qualité de l'offre de soins,
- développer la promotion de la santé à base communautaire et la prévention,
- améliorer et étendre l'offre de soins hospitalière à tous les échelons et aux zones reculées,

- promouvoir l'utilisation de la médecine traditionnelle en intégrant les soins traditionnels et modernes,
 - promouvoir la recherche dans le domaine de la santé,
 - améliorer l'efficacité du système de référence des centres de santé aux hôpitaux de districts et provinciaux,
 - stimuler le développement des systèmes d'assurance maladie.
- Le plan quinquennal pour la période 2001-2005 reprend plus spécifiquement les orientations précédentes et propose 10 priorités (22).

7.2. Etat de santé de la population

7.2.1. L'espérance de vie la plus faible des pays de l'ASEAN

En 2002, l'espérance de vie à la naissance était de 55,1 ans : 54,1 pour les hommes et 56,2 pour les femmes (17). A titre comparatif, entre 1995 et 2000, elle était de 52,5 ans au Laos et de 67,2 ans au Vietnam et de 69,6 ans en Thaïlande (23). Toutefois, au fil des années l'espérance de vie a nettement augmenté puisqu'un individu né en 2000 est présumé vivre 19 ans de plus que celui né en 1960, ceci grâce au recul de la mortalité infantile (23). En 2002, la probabilité de décès pour 1 000 entre 15 et 59 ans était de 338 pour 1 000 pour les hommes et 306 pour les femmes (17).

L'espérance de vie en bonne santé en 2002 était :

- à la naissance de 47,1 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes,
- à l'âge de 60 ans de 9,6 ans pour les hommes et de 10,1 pour les femmes (17).

7.2.2. Une très forte mortalité infantile et maternelle

Selon les estimations de l'UNICEF, en 2002, la mortalité infantile (0-1 an) pour 1 000 naissances vivantes était de 87 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes s'élevait à 100 (24).

En 2000, la mortalité maternelle pour 100000 naissances vivantes était de 650. Ce taux important est dû non seulement à la faible surveillance des grossesses mais aussi à la fréquence des accouchements à domicile : seulement 21,4% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié (24).

7.2.3. Les principales causes de mortalité et de morbidité

En 1999, les principales causes de mortalité au Laos étaient par ordre décroissant : le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la méningite, la dengue hémorragique (23). Les accidents de la circulation en constante augmentation constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique, sous estimés dans les statistiques (25).

Malgré les efforts des partenaires au développement, en matière de lutte contre le paludisme, on estimait en 2001, sa prévalence à 1,9%. Seulement 22,2% des ménages possédaient au moins une moustiquaire imprégnée en 2001 (14).

La dengue reste une affection courante paralysante pour le pays, que seule une lutte anti-vectorielle pourrait voir diminuer (16).

Le Laos semble échapper pour l'instant à l'ampleur de l'épidémie de sida. En 2002, la proportion des individus ayant un test positif au VIH/sida était de 2,1%, faible taux comparé à ceux des pays voisins (14). En 2001, ont été recensés 11 cas de décès par sida (14). Ces chiffres sont toutefois à manipuler avec précaution compte tenu de la faible capacité de diagnostic du pays pour cette affection.

En 2000, la prévalence de la tuberculose reste élevée : 373 cas pour 100 000 habitants et le taux de mortalité est de 29 pour 100 000 (17).

En 2000, 40% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale (17). Cette malnutrition se traduit par des carences caloriques, avitaminose A, carence en iode (16). Les lithiases biliaires et urinaires, fréquentes au Laos, sont dues, entre autres, aux habitudes alimentaires de la population (16).

Le taux de couverture vaccinale est faible. En 2001, le pourcentage des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole était de 50% (17), le taux de vaccination par le DTC (3^e dose de vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux) étant de 56% (24).

En 2000, la proportion des individus ayant accès à l'eau potable était de 75,5% dans les zones urbaines et de 37,6% dans les zones rurales (14).

7.3. Assurances santé au Laos

Les expériences d'assurance maladie sont réduites au Laos et ne couvrent partiellement et souvent inefficacement qu'une minorité de la population (annexe 3) : les fonctionnaires, les salariés des entreprises de plus de 100 employés, certains adhérents de syndicats, quelques privilégiés ayant recours à l'assurance privée de l'AGL (Assurance Générale du Laos). Il n'en reste pas moins que 80 à 85% de la population, bien souvent en situation de précarité, ne possèdent aucune couverture sociale.

Depuis 1999, date à laquelle le gouvernement lao a réalisé une visite d'étude aux Philippines pour examiner le projet d'assurance santé communautaire, mis en place par l'ORT, le ministère de la santé lao témoigne de l'intérêt pour la problématique assurantielle.

Ceci s'est traduit en 2000, par l'institution d'un partenariat entre le ministère de la santé lao, l'OMS et l'ORT (qui s'est depuis retiré) visant à mettre en place, sur trois sites pilotes, une expérimentation d'assurance santé à base communautaire. Une évaluation, initiée en juillet 2004, de ces expérimentations a permis de faire le point sur la pertinence et l'acceptabilité d'un tel projet (annexe 3).

7.4. Organisation des ressources

Le ministère de la santé était le seul garant du système jusqu'au début des années 1990, date à laquelle le secteur privé a fait son apparition dans l'organisation du système de soins. Aujourd'hui encore, les cabinets privés sont peu nombreux, alors que les pharmacies privées, en rapide expansion et offrant des produits d'une qualité incertaine, sont très répandues sur le territoire.

7.4.1. Le système public de santé

7.4.1.1. Une répartition des compétences en six échelons administratifs

Le système de santé au Laos, sous la tutelle du ministère de la santé, est organisé en cinq échelons : central, régional, provincial, de district et villageois.

➤ Au niveau central

C'est au niveau du ministère que s'établit la politique nationale de santé. Le cabinet du ministère conjointement avec la direction du développement des affaires économiques et sociales est responsable du contrôle et du management des activités du ministère de la santé.

Le ministère de la santé est constitué de sept départements, celui de : l'hygiène et de la prévention, de l'alimentation et de la pharmacie, des soins curatifs, de la planification et des finances, de l'organisation et du personnel, de l'inspection et du cabinet du ministère. De ces départements dépendent différents services, centres et instituts.

Cinq hôpitaux centraux sont implantés dans la capitale (23).

➤ Au niveau régional

Depuis 1998, une politique de réorganisation du système a été entreprise avec la création de cinq zones géographiques sanitaires. Chaque zone regroupe un nombre sensiblement identique d'habitants et s'organise autour d'un centre hospitalier régional (ancien hôpital provincial) qui sert de centre de référence pour la population et de centre de formation aux personnels de santé (25).

➤ Au niveau provincial

Le service de santé provincial a pour mission l'organisation technique et administrative de l'offre de soins dans l'ensemble de la province. Plus spécifiquement, il supervise l'hôpital provincial et le réseau de soins de santé primaire, il implante les programmes verticaux, régule et évalue l'activité privée. Selon les provinces, l'organisation et les ressources du service de santé sont très variables.

L'hôpital provincial, constituant le système de référence secondaire, a cinq missions :

- offrir un service de consultation, d'hospitalisation (soins d'urgence et de chirurgie) et de promotion de la santé en accord avec le niveau technique requis,
- proposer un service de prévention et d'éducation à la santé,
- offrir une formation pratique et théorique aux professionnels de santé et aux étudiants,
- mener des recherches scientifiques et des tests pour renforcer le système de santé,
- superviser et apporter une assistance technique aux structures de santé sous sa responsabilité, c'est-à-dire au niveau du district, du canton et du village (22) (23).

➤ Au niveau du district

Le service de santé du district est quant à lui responsable de la coordination de l'offre de soins au niveau de la zone.

Dans chaque chef lieu, l'hôpital de district constitue le premier niveau de référence du système de soins. Il propose des consultations externes, entre 10 à 12 lits d'hospitalisation pour des affections bénignes, un service de soins à la mère et à l'enfant, un service d'assistance (22) (23).

➤ Au niveau villageois

On compte environ un centre de santé pour 10 villages, tenu généralement par un infirmier. Les postes de santé, dans les villages, sont tenus par des agents de santé villageois ayant reçu une brève formation et une petite dotation en médicaments (23).

Malgré le schéma de planification présenté ci-dessus, il persiste dans la réalité, une grande incertitude sur les missions et moyens (standards de personnel ou d'équipement) alloués à chacun des échelons (16).

7.4.1.2. L'intégration des programmes verticaux et des soins de santé primaires

Le management des soins de santé primaires, soutenu par le service provincial de la santé, devrait être réalisé au niveau du district. En l'état actuel des choses, compte tenu de la faiblesse du système de soins de santé primaire, la prévention est du ressort des programmes verticaux. Mais à terme, les activités menées par ces programmes devraient être intégrées aux activités de soins de santé primaires.

Les programmes verticaux en cours, largement subventionnés par des donateurs, couvrent différentes activités : les programmes élargis de vaccination, du contrôle du paludisme, des naissances, de l'alimentation en eau potable, de l'élimination des déchets, du VIH/sida et de la tuberculose (22).

7.4.2. Le secteur privé

7.4.2.1. Les cabinets privés

Afin de faciliter l'accès aux soins de la population, le Parti décide en 1992 d'autoriser l'implantation des cabinets privés qui restent toutefois sous le contrôle du ministère de la santé et du service de santé provincial (21).

Les médecins pouvant justifier d'au moins 7 ans d'exercice dans le secteur public sont autorisés à exercer une activité privée après leurs horaires de travail ou pour ceux qui sont à la retraite ou ayant perdu leur qualité de fonctionnaire d'exercer à temps plein en privé.

Ceux n'ayant pas atteint le nombre d'années d'expérience requises, sont quant à eux autorisés à pratiquer des consultations privées au domicile du patient ou sur leur lieu de résidence (23).

On dénombre 3 catégories de cabinets privés qui n'offrent actuellement que des services ambulatoires : les cabinets privés généralistes, les cabinets de médecine traditionnelles et les cabinets spécialisées : dentaire, cardiologie...(23).

7.4.2.2. Les pharmacies

On en distingue 3 types : celles de type 1, tenues par des pharmaciens à la retraite ou ayant quitté leur statut de fonctionnaire, obligatoirement diplômés et ayant au moins 5 ans d'exercice dans le public, celles de type 2, tenues par des assistants ou techniciens en pharmacie, ayant au moins 5 ans d'exercice dans le public, celles de type 3, tenues par des professionnels de santé peu qualifiés, à la retraite ou ayant perdu leur statut de fonctionnaire (21) (23).

7.4.3. Le système pharmaceutique

L'organisation générale du système pharmaceutique relève du ministère de la santé et plus particulièrement du département de l'alimentation et des médicaments.

7.4.3.1. La politique nationale

Une politique nationale des médicaments, développée depuis 1993, offre des orientations relatives à la législation, la sélection et l'enregistrement, l'acquisition, le financement, la distribution et le stockage, l'assurance qualité, l'usage rationnel, la publicité, la coopération internationale, les médicaments traditionnels et l'évaluation du système (21).

Les deux priorités de cette politique sont de rendre accessibles les médicaments essentiels à des prix raisonnables et de les faire utiliser rationnellement (22).

De manière à limiter l'utilisation irrationnelle des médicaments un guide de traitement standard des affections les plus courantes a été mis au point (23). Toutefois, il n'existe pas encore, actuellement, de guide spécifique à chaque niveau administratif d'intervention. Créée en 1978, la liste des médicaments essentiels concourt elle aussi à cette politique. Elle subit des aménagements tous les deux ans (21). Enfin, le gouvernement mène actuellement une politique de formation des professionnels des officines et des professionnels des établissements de santé pour une utilisation rationnelle des médicaments (23).

7.4.3.2. La création d'entreprises pharmaceutiques nationales

Aujourd'hui, l'approvisionnement en médicaments essentiels a deux origines :

- la production nationale depuis 1985 : actuellement six usines de production dont deux nationales fournissent le marché intérieur,
- l'importation, essentiellement de la Thaïlande, du Vietnam et de la France.

Cette importation ne va pas sans poser de problèmes car dans de nombreux cas, les produits importés ne sont pas enregistrés, ce qui rend leur contrôle difficile. Il s'agit parfois de produits sous dosés, sans produit actif importés légalement ou issus de la contrebande (21) (23).

7.4.3.3. La décentralisation

Jusqu'en 1999, les médicaments pour les établissements de santé publics étaient achetés au niveau central et distribués ensuite au niveau provincial. D'après le service provincial de la santé, ce système était inopérant (retard dans la distribution, choix inadaptés des médicaments, quantité insuffisante).

Le processus de décentralisation appliqué au secteur pharmaceutique a permis de remédier à ce dysfonctionnement en offrant aux provinces de nouvelles compétences. Depuis 1999, le département provincial de l'alimentation et des médicaments, qui siège dans le service provincial de la santé, est responsable de l'achat des médicaments, du contrôle des entreprises pharmaceutiques et des pharmacies, du contrôle des médicaments importés, de la supervision du fond de roulement des médicaments (23).

7.4.3.4. Le recouvrement des coûts (RDC)

Avant 1999, alors que la politique de l'accès aux soins gratuits était encore d'actualité, les établissements de santé recevaient des dotations du gouvernement en médicaments. Mais les quantités fournies étaient insuffisantes et les délais d'expiration souvent réduits. Avec l'apparition des pharmacies privées en 1987, les médecins devant faire face aux ruptures de stock, dirigeaient leurs patients vers les pharmacies privées pour s'approvisionner en médicaments (21) (23).

Pour faire face à la situation, une première expérimentation du RDC fut mise en place en 1993 par le CCL et approuvée la même année par le gouvernement Lao. Actuellement en place dans la majorité des établissements de santé du territoire et à tous les niveaux (de la province au village), il a pour vocation d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels, de qualité et abordable. La participation financière de la population aux coûts du médicament consommé ou prescrit dans un établissement de santé, permet l'achat des médicaments essentiels et évite ainsi les ruptures de stocks des établissements (23).

7.4.3.5. Le secteur privé

Au Laos, il n'existe pas de monopole aux professionnels de la pharmacie. Une enquête menée par le département de la pharmacie au début des années 1990, révélait que 98% des vendeurs détenaient des médicaments acquis de sources illégales et que dans 50% des pharmacies, les médicaments vendus étaient périmés ou interdits (21).

La politique initiée en 1998, vise à réduire le nombre des pharmacies de type 3, largement sur-représentées, tenues par des professionnels ayant une connaissance réduite des médicaments et de leurs effets. Toutefois, si cette politique contribue à améliorer la qualité du système, elle pose le problème de l'accessibilité aux médicaments dans les zones reculées, car ces pharmacies sont bien souvent les lieux uniques d'approvisionnement des populations (22).

7.4.4. La médecine traditionnelle

Au Laos, la médecine traditionnelle comprend tous les traitements empiriques ou magico-religieux administrés soit par un guérisseur, soit par un membre de la cellule familiale. S'il existe dans la société lao de nombreux types de guérisseurs, aucun n'exerce à titre professionnel, et la pratique d'activités médicales dites traditionnelles reste majoritairement

occasionnelle. Il est donc difficile de cerner la frontière entre guérisseur et simple villageois, et de distinguer à l'intérieur même des pratiques magico-religieuses celles qui relèvent ou non de la médecine ; bonzes et médiums pouvant en effet utiliser leurs fonctions religieuses à des fins thérapeutiques tout comme les chamanes et herboristes leurs pratiques thérapeutiques à des fins divinatoires ou magiques (26).

7.5. Le développement des ressources sanitaires

7.5.1. La répartition des infrastructures

7.5.1.1. Des services de santé nationaux mal répartis sur le territoire

En 2002, on dénombrait 6 315 lits d'hôpitaux publics, donc 1 lit pour 875 habitants contre 1 pour 1 040 en 2000 (23) (14). Cette répartition du nombre de lits d'hôpitaux publics par habitant est très contrastée (23). Concentrés dans les districts de la capitale et les principales villes de la vallée du Mékong, les établissements publics de santé sont rares dans les zones périphériques du nord comme du sud (9).

Le ministère dénombrait dans son rapport d'activité annuel 2000-2001 :

- 5 hôpitaux centraux, dont 1 hôpital central militaire sous la direction du ministère de la défense nationale et un hôpital de police sous l'autorité du ministère de l'intérieur (accessibles tous deux au reste de la population moyennant une participation) et 6 instituts,
- 5 hôpitaux régionaux,
- 13 hôpitaux provinciaux,
- 131 hôpitaux de district,
- 654 dispensaires (23).

7.5.1.2. L'émergence des structures privées

La répartition des cabinets privés suit à peu de chose près le même schéma puisqu'ils se situent majoritairement dans les zones urbaines. On en comptait 308 en 2000-2001 dont environ 1/3 étaient situés à Vientiane.

A la même période, les 2132 pharmacies privées étaient, quant à elles, réparties de façon beaucoup plus homogène sur l'ensemble du territoire. On dénombrait 26 pharmacies de type 1, 156 de type 2 et 1950 de type 3 (23).

7.5.2. Les ressources humaines

7.5.2.1. Des fonctions mal définies

Les professionnels de santé lao n'ont pas véritablement connaissance de leurs responsabilités sociales et professionnelles, ni même des profils de carrière auxquels ils peuvent prétendre. De plus, la description des fonctions de chacun des professionnels n'est pas clairement définie (16) (23).

On peut toutefois répartir, en fonction de leur formation, les professionnels de santé de la façon suivante (16) (23) (25) :

- les spécialistes et diplômés post universitaire,
- les professionnels de niveau supérieur : médecins, pharmaciens, dentistes,
- les professionnels de niveau moyen : infirmiers, assistants de laboratoires, assistants pharmaciens, médecins assistants, inspecteurs en hygiène, masseurs kinésithérapeutes et manipulateurs radio.
- les professionnels de niveau auxiliaire : infirmiers auxiliaires, préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire et employés contractuels.

7.5.2.2. Une répartition inégale des différentes catégories de professionnels de santé entre les zones rurales et urbaines

En 2000, le ratio global moyen était de 1 professionnel de santé pour 454 habitants avec des variations importantes, pouvant aller du simple au double, selon les provinces.

La répartition selon les échelons administratifs des professionnels selon leur niveau de qualification, souffrait encore d'inégalité en 2000. Si 40% du personnel hautement qualifié exerçaient au niveau central, il n'était que 22% au niveau du district.

Une des priorités est donc d'encourager l'implantation de personnels qualifiés dans les zones reculées, puisque 66% du personnel de district est de niveau auxiliaire (23).

Tableau : répartition des personnels en fonction de leur niveau de qualification selon l'échelle administrative en 2000

Niveau de qualification	Niveau central	Niveau provincial	Niveau du district	Total
Post universitaire	119	42	0	161
Niveau supérieur	645	683	415	1743
Niveau moyen	771	1389	1461	3621
Niveau auxiliaire	290	1664	3702	5656
Non qualifié	51	83	101	235
Contractuel	260	270	454	984
Total	2136	4131	6133	12400

7.5.2.3. Valorisation de la qualité plutôt que de la quantité

On peut noter que depuis 1990, la politique en terme de ressources humaines s'oriente d'avantage vers la qualité que la quantité, comme l'atteste la réduction des effectifs entre 2001 et 2002, passant de 11400 à 10600 professionnels de santé (14). Cette réduction touche cependant prioritairement le personnel peu qualifié puisque entre 1976 et 2000, le ratio des habitants sur les personnels de santé hautement qualifiés (post universitaire et niveau supérieur) a été divisé par 12, alors que le ratio des habitants sur les professionnels ayant une faible qualification a augmenté d'environ un tiers (23).

7.5.2.4. Un niveau de formation initiale et continue insuffisant

➤ La faculté des sciences médicales

Après deux années d'étude en sciences fondamentales, les étudiants peuvent intégrer la faculté de médecine de Vientiane et obtenir le diplôme de médecin après cinq ans d'étude, quatre ans pour celui de dentiste et trois ans pour celui de pharmacien (23) (25).

Le faible niveau de qualité de ces formations s'explique par des programmes d'enseignement peu actualisés dont la forme et le contenu sont laissés à la charge de l'enseignant, des stages hospitaliers qui ne sont ni planifiés, ni encadrés, un faible taux de fréquentation de la bibliothèque de l'université qui propose des livres désuets... Toutefois, une réforme prévue pour fin 2004 prévoit d'instituer un résidanat de deux ans en fin de formation, la rédaction d'un mémoire de fin d'étude et un ratio de 80% de médecins généralistes pour 20% de spécialistes (16).

➤ Le collège des techniciens médicaux

Ce collège dispense à Vientiane la formation d'infirmière sanctionnée, après 3 années d'étude, par le diplôme d'Etat d'infirmier. Aucune formation spécifique de sage femme n'est proposée, ce sont des infirmières formées à l'obstétrique qui remplissent cette fonction.

Il forme également en trois ans des techniciens de laboratoires, des assistants pharmaciens, des médecins assistants, des inspecteurs en hygiène, des masseurs kinésithérapeutes et des manipulateurs radio.

Les infirmières auxiliaires sont, elles, formées en deux ans, dans certaines provinces (les plus anciennes ont été formées en un an ou moins). Il en va de même pour les préparateurs en pharmacie et les contractuels (16) (23) (25).

➤ La formation post-universitaire

Sous cette appellation sont regroupées les formations de spécialités et continues. Elles n'ont été initiées que très récemment, souvent par des ONG, dans le secteur de la pédiatrie, de l'ophtalmologie, de la médecine interne, de la chirurgie générale, de la gynéco-obstétrique, de l'anesthésie réanimation, de la médecine d'urgence et de la santé publique (16) (23).

➤ Le dispositif de formation continue

La formation continue est coordonnée au niveau national et mobilise la participation d'ONG en terme de mise en œuvre et de financement au niveau local. Deux programmes ont vu le jour. Le premier débuté en 1998, élaboré avec la collaboration de l'OMS, permet de requalifier les infirmières auxiliaires. Le second géré par l'Institut National de la Santé Publique assure la formation des médecins assistants et leur orientation vers des fonctions de techniciens de laboratoire, de manipulateurs en radiologie, d'aides chirurgicales ou de gestionnaires.

En ce qui concerne la formation de spécialités, des formateurs ont été formés pour dispenser au niveau central et local des formations initiales et continues (16) (23).

7.6. Le financement de la santé

7.6.1. La santé : faible priorité du gouvernement ?

En 1992, a eu lieu une importante réforme des finances publiques et les restrictions budgétaires qui ont suivi ont touché très fortement les dépenses de santé (16). En 2001, 8,7% des dépenses publiques ont été consacrées aux dépenses publiques générales de santé et le total des dépenses de santé était de 3,1% du PIB, ce qui classe le Laos parmi les pays qui mobilise le moins de ressources pour la santé de ses habitants (17).

En 2001, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 10 dollars US (17). Mais compte tenu des besoins sanitaires de la population, des frais liés à la maintenance du système et du coût de l'accès aux soins de base estimé à lui seul à 15 dollars US, les dépenses engagées sont nettement insuffisantes (22).

7.6.2. Une part importante du financement laissé à la charge des ménages

Si l'on considère la part de chacun des acteurs : gouvernement, donateurs variés et ménages, dans le financement des dépenses de santé, on peut noter que depuis 1992 :

- la part du financement du gouvernement n'a cessé de décroître passant de 22% en 1992 à 9% en 2000,
- la participation au financement des donateurs a enregistré une hausse passant de 23% en 1992 à 35% en 2000,
- la contribution des ménages est restée stable à 55% : 20% couvrant les services publics, 13% les services privés et 22% les frais de pharmacie (27) (23).

7.6.3. L'allocation des ressources

Les différents acteurs du système de santé formel et informel se répartissent de la façon suivante l'ensemble des recettes (en provenance de l'état, des ménages et des donateurs) : le système public de santé : 56,5%, les cabinets privées : 6,4%, la médecine traditionnelle : 7,1%, les pharmacie privées : 23,6%, autres 6,4% (22).

7.6.4. Des dépenses de pharmacie à l'origine de la moitié des dépenses et des professionnels sous payés

Les dépenses nationales de santé, financées par les trois différents acteurs, sont consacrées aux dépenses liées aux personnels à 17,6% et aux médicaments à 54,5%. Le fait que la part consacrée aux médicaments soit à l'origine de plus de la moitié des dépenses trouve plusieurs explications. Tout d'abord, les établissements nationaux de santé sont incités depuis la mise en place du RDC à vendre de nombreux médicaments pour accroître la trésorerie de l'hôpital. De plus, la faible qualité des prestations fournies par les services hospitaliers encourage l'automédication et le recours aux pharmacies privées (22).

Les salaires versés aux fonctionnaires des services de santé ne suffisent pas à couvrir leurs dépenses de la vie courante. En 2002, on estimait à 15 dollars US le salaire mensuel moyen des professionnels de santé, avec une variation peu significative en fonction du niveau de qualification (13 dollars US pour les moins qualifiés contre 19 pour ceux ayant atteints un niveau d'étude supérieur). A cela s'ajoute dans 63% des cas un retard dans le paiement des salaires allant de 1 à 3 mois. Pour faire face à cette situation l'ensemble des professionnels n'a d'autre alternative que d'avoir une activité secondaire. On estime que les fonctionnaires de la santé consacrent en réalité 3 à 4 heures à leurs fonctions publiques (23).

CONTEXTE LOCAL

1. CONTEXTE GENERAL

Située dans la vallée du Mékong, accolée à la province de Vientiane, la province de Bolikhamsay d'une superficie de 15 977 km² est composée de six districts dont celui de Paksane² (28) (annexe 2).

Caractérisée par une faible densité de population de 13,4 hab./km² (29), la province abritait en 2003, 214 069 habitants (28) et le district en comptait 40 051, dont 20 079 femmes, réparties en 7 528 familles (28) (soit une moyenne de 5,3 personnes par famille).

La population du district est homogène d'un point de vue ethnolinguistique, 84% des ménages appartiennent à la famille des Lao-loum et religieux, 73 à 84 % des habitants sont de tradition bouddhique (30). Les habitants de la zone ont un accès à l'éducation privilégié, le taux d'alphabétisation de la population du district étant estimé entre 81 et 95% en 1995.

D'un point de vue économique, en 1995, le secteur primaire, pour ne pas dire l'agriculture, employait à lui seul plus de 70% de la main d'œuvre du district sur une population active représentant 55 à 62% de la population des 10 ans. Entre 1997 et 1998, la part des personnes dites pauvres dans la population provinciale était de 25,8%, ce qui plaçait la zone comme étant la province ayant le plus faible taux d'indigents du pays, la moyenne nationale se situant à 38,6%. En 2003, sur les 59 villages du district 15,9% étaient répertoriés comme étant des villages pauvres (28).

2. CONTEXTE SANITAIRE

2.1. Etat de santé de la population

En 2003, la probabilité de mortalité infantile (0-1 an) pour 1 000 naissances vivantes était de 26 et la probabilité de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes s'élevait à 47,7. La mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 500. Les méthodes de recueil de données n'étant pas connues et comparativement aux données nationales, il convient d'interpréter ces résultats avec beaucoup de prudence.

2.2. L'organisation et le développement des ressources sanitaires de la zone

2.2.1. L'organisation de l'offre

A Bolikhamsay, l'organisation de l'offre de soins publique est assurée par le service de la santé provincial. Deux services, le bureau technique et le bureau administratif, ont en charge de superviser les activités du service de PMI, du service de prévention du paludisme, du service de l'hygiène et de l'environnement, des pharmacies, des deux hôpitaux : provincial et de Laksaou.

² Depuis quelques années la partie nord ouest de la province a été placée dans la zone spéciale de Xaysomboun.

Dans le district de Paksane, la promotion de la santé constitue la mission essentielle du service de santé du district. Premier acteur du Réseau Sentinelle, le service a également à charge de collecter les informations relatives à l'état de santé de la population. Au-delà de ces fonctions, lui revient la tâche de superviser l'hôpital de district et de faciliter la coordination des soins avec les dispensaires. Enfin, il est attendu de ce service qu'il assure la concordance de l'offre de soins de la zone, quelle soit publique ou privée, avec la réglementation en vigueur.

2.2.2. Développement des ressources

Les données relatives à l'organisation de l'offre de soins du district ayant fait l'objet d'une étude approfondie, elles seront présentées dans la partie résultat. Ne seront donc présentés ci-dessous que les données concernant la province.

2.2.2.1. Le service public

➤ Les infrastructures de santé

L'offre de soins publique est assurée à Bolikhamsay par :

- l'hôpital provincial de Paksane ayant une capacité de 70 lits,
- 6 hôpitaux de district : 5 hôpitaux de district (50 lits) dont un qui appartient à la zone spéciale et l'hôpital de Laksaou (60 lits). Ce dernier bénéficie d'un statut quelque peu particulier puisque bien qu'étant un hôpital de district, il reste sous la responsabilité technique et administrative de la province,
- 37 dispensaires (74 lits), malgré le faible taux de fréquentation des dispensaires, on note une volonté politique de développer ce type d'établissement. Au nombre de 23 en 1999, on en comptabilise 37 en 2003.

➤ Les ressources humaines

En 2004, parmi les 459 personnes qui contribuent à l'offre de soins publique, 151 sont rattachées au niveau provincial : 56 fonctionnaires du service de la santé provinciale et 95 professionnels de l'hôpital de Paksane.

A ceci s'ajoutent les prestations offertes par les 537 agents de santé volontaires et les 293 accoucheuses traditionnelles formées.

➤ Evolution de la fréquence de recours aux soins

Si de 1998 à 2001, la fréquence de recours aux soins au niveau provincial, qu'il s'agisse de consultations ou d'hospitalisations, a progressivement diminué, la tendance s'est spectaculairement inversée depuis. Le nombre de consultations annuelles est passé de 12032 en 2001 à 58058 en 2003 et celui des hospitalisations de 3335 à 9467 pour la même période. Cette augmentation spectaculaire du recours aux soins, ne trouve pas d'explication rationnelle si ce n'est que la tenue des registres s'est considérablement améliorée.

2.2.2.2. Le secteur privé et la médecine traditionnelle

A cette offre publique s'ajoute, le secteur privé qui englobe les cabinets privés et pharmacies. Au niveau provincial, on compte 76 pharmacies de type 3, largement majoritaires, et seulement trois pharmacies de type 2 et deux de type 1. Bien que la supervision des cabinets privés relève du rôle du service de la santé provinciale, ses représentants sont dans l'incapacité d'estimer leur nombre.

L'offre de soins assurée par des médecins traditionnels n'est, quant à elle, pas comptabilisable du fait de son caractère informel.

METHODOLOGIE

1. ANALYSE DU CONTEXTE

Afin de connaître la situation dans laquelle s'inscrit le projet, il était indispensable de disposer d'informations relatives :

- aux expérimentations relatives à la micro assurance dans les pays en voie de développement.
- au contexte géographique, économique, démographique, sociologique, législatif, politique et sanitaire aussi bien à l'échelle nationale que locale. Il est à noter toutefois, qu'au niveau national comme au niveau local, les informations, quand elles sont disponibles, ne reflètent pas toujours la réalité. Sans moyen et peu formés, les responsables des services de la santé du district et de la province sont en effet dans l'incapacité d'évaluer l'état de santé de la population. A moindre échelle, les mêmes difficultés ont été rencontrées à l'hôpital, puisque la tenue des registres est peu rigoureuse : irrégularité dans la saisie, que ce soit des caractéristiques ou des affections de la population (symptômes et non pas pathologies), archives introuvables ou inutilisables... Ceci amène donc à avoir, de manière générale, une réserve sur le crédit à apporter aux informations recueillies.

2. AFFINEMENT DES OBJECTIFS

La connaissance du contexte nous a permis d'affiner l'objectif général et de déterminer des objectifs spécifiques.

Ainsi, il s'agissait de mener une étude préalable, définie comme l'étude des conditions de faisabilité et, le cas échéant, des modalités opérationnelles de mise en œuvre du projet d'assurance santé. L'étude incitant à la mise en place ultérieure du projet d'expérimentation, des recommandations ont été émises afin d'atteindre les préalables à l'implantation d'un tel projet, sans pour autant étudier les modalités opérationnelles.

3. ELABORATION DU PLAN D'ACTION

L'élaboration du plan d'action a été conditionnée par quatre critères, celui :

- du temps, la phase de terrain ayant été limitée à quatre semaines par les autorités lao
- du coût,
- du partenariat souhaité par le CCL et l'Etat lao,
- de la méthodologie imposée par le Ministère de la Santé et le service provincial de la santé.

4. MISE EN OEUVRE

4.1. Période de l'étude

Cette étude, alliant les approches qualitatives et quantitatives, a été menée entre le 15 avril et le 30 septembre 2004, la période d'investigation au Laos s'étant déroulée entre le 17 mai et le 28 août 2004 et la phase d'enquête, proprement dite, ayant eu lieu entre le 29 juin et le 23 juillet 2004.

4.2. Echantillonnage

4.2.1. Définition des populations cible et source

4.2.1.1. Population cible

L'hôpital de Paksane étant l'hôpital de référence, au niveau provincial, il était initialement prévu d'étudier l'offre de soins et la demande d'assurance santé sur la même zone géographique. Toutefois, l'accord pour enquêter dans les villages étant conditionné par la présence d'un homologue du district, la zone d'étude a été limitée au district de Paksane, les autorités lao n'ayant pas pu détacher, pour des raisons logistiques, des homologues des districts environnants. La population cible est donc uniquement constituée des habitants et professionnels de santé du district de Paksane. Cette sélection ne correspondant plus aux critères de départ puisqu'un tiers des villages ont dû être remplacés sur des critères géographiques.

4.2.1.2. Population source

➤ A l'hôpital

Les critères d'inclusion retenus ont été pour les professionnels de santé de l'hôpital provincial d'occuper leur fonction dans l'établissement depuis au moins une année.

Pour la population, d'avoir recours aux soins à l'hôpital ou d'être un membre de la famille du patient durant la période d'enquête de terrain. On notera cependant que le statut de malade oriente les réponses (le patient captif craint les représailles des soignants en cas de critique de la qualité des soins, la position de malade favorise la propension à adhérer à une assurance santé...).

➤ Dans les villages

De manière à représenter au mieux la population cible, il convenait d'interviewer :

- des représentants des familles appartenant à l'une des quatre catégories socio-professionnelles proposées par le district : commerçants, paysans, fonctionnaires et familles dites pauvres, c'est-à-dire considérées comme telles, par le chef de village,
- des membres du comité villageois : le chef et les vice-chefs de village, le chef de l'organisation des anciens combattants, celui de l'organisation des Jeunes, la chef de l'Union des Femmes, l'agent de santé villageois,
- le chef des bonzes lorsque cela était possible,
- des professionnels de santé du secteur formel (dispensaire, pharmacie, cabinet de consultation privé) et informel (médecin traditionnel).

4.2.2. Echantillonnage

4.2.2.1. A l'hôpital de Paksane :

Compte tenu du peu de temps imparti, il a été décidé d'inclure dans l'échantillon, 32 professionnels et 25 patients accompagnés de leur famille.

L'ensemble des enquêtés ont été sélectionnés librement, sur la base de leur présence, sur le terrain, le jour de l'étude et de leur disponibilité. Cette sélection de l'enquêté basée sur le volontariat induisant, par ailleurs, des biais d'autosélection.

4.2.2.2. Dans les villages

Compte tenu de l'ampleur des thématiques à prendre en compte, des moyens mis à disposition et du peu de temps imparti pour la réalisation de l'étude, nous avons dû limiter le nombre de villages enquêtés à quinze. A notre connaissance aucun des critères de choix des villages

n'avait de relation directe avec la faisabilité de la mise en place d'une assurance santé. Ceci nous permet donc d'éviter un potentiel biais de recrutement.

Les critères de choix des villages ont été :

- l'appartenance au district de Paksane,
- la proportion de villageois ayant fréquenté l'hôpital entre août 2003 et juin 2004. En effet, à partir de l'analyse des registres de l'hôpital la sélection de quinze villages, les plus représentatifs des patients consultants ou étant hospitalisés à l'hôpital provincial, a pu être établie. En raison des contraintes de temps, l'analyse des registres n'a pu être faite sur une année entière mais concernent les mois d'août, octobre et décembre 2003, et ceux de février, avril et juin 2004. Toutefois, cette sélection des villages au départ fondée sur la fréquentation de l'hôpital (hospitalisations et consultations) a induit un biais important puisqu'il était fort peu probable de rencontrer des non usagers lors des entretiens, et de rendre compte d'une potentielle exclusion à l'accès aux soins de santé modernes.

Le choix des 138 personnes enquêtées a quant à lui été réalisé par le chef de village préalablement informé des critères d'inclusion.

4.3. Mode de recueil des données

Si à l'hôpital, les propos recueillis lors des entretiens individuels (annexe 4) et des focus groupe (annexe 5) l'ont été en l'absence de représentants de l'Etat, dans les villages, il n'a pas été possible d'interroger de manière isolée une famille ou d'aller spontanément à sa rencontre sans la présence de l'homologue du district. Ceci induit inévitablement des biais d'information, la présence systématique d'un homologue ayant été un frein à l'expression libre des enquêtés (notamment en terme de déclarations relatives aux revenus et à la satisfaction concernant les prestations offertes par le service public). De plus, les entretiens étaient littéralement menés à la chaîne, généralement à la pagode, devant les autres interviewés et les membres du Comité de Village.

Plus globalement, la crainte du non respect de l'anonymat dans un pays où la liberté d'expression connaît encore des limites, assortie d'une pudeur à faire part de ses difficultés à un étranger sont autant d'éléments à prendre en compte pour expliquer ces biais.

De même, le fait d'avoir à mener les entretiens avec une traduction simultanée a participé à la perte d'informations : réduction de la durée des entretiens mais surtout déformation des propos et approximations, d'autant plus préjudiciable que la thématique abordée était complexe et conceptuelle.

Les biais de mémorisation des personnes interrogées étaient quant à eux inévitables compte tenu de certaines composantes rétrospectives de l'enquête. Interrogés sur les dépenses annuelles de santé du ménage, les enquêtés ont avancé des montants qui ne correspondaient pas, en général, à la somme des montants qu'ils disent avoir versée pour l'ensemble des recours aux soins des membres de la famille.

Enfin, la réalisation de post enquêtes pour étayer ou infirmer les données préalablement collectées n'a pu être menée. Les résultats collectés apparaissent bruts et auraient mérité d'être nuancés et enrichis.

La période d'observation de l'hôpital, d'une durée de quatre semaines, a été mêlée à celle des entretiens de manière à minimiser le changement des pratiques lié à la présence de l'observateur.

5. L'EXPLOITATION DES DONNEES

Les données ont été traitées selon la méthode d'analyse des contenus. Des échanges avec les homologues lao et les professionnels de l'hôpital ont ensuite été organisés pour analyser des données. Il était indispensable de s'entourer d'un tel partenariat pour interpréter les résultats avec plus de justesse et de pertinence.

6. ELABORATION DE PROPOSITIONS

La recherche de la collaboration a été présente, à toutes les étapes de l'étude, pour garantir une meilleure implication des partenaires lao lors de la phase de formulation de propositions.

7. ORGANISATION DES SEMINAIRES DE RESTITUTION

Deux séminaires de restitution ont été organisés de manière à soumettre, aux personnes ayant été mobilisées au cours de l'étude, les conclusions relatives à la faisabilité du projet. Si le premier séminaire, qui s'est tenu à Paksane, a permis de regrouper des représentants des autorités nationales et locales, le second séminaire mené à Vientiane, enrichi par les échanges de la première rencontre, visait quant à lui à rendre compte des résultats aux autorités ministérielles et aux partenaires ressources : représentants de l'OMS et du BIT tout en conviant certains représentants de Paksane.

RESULTATS ET ANALYSE

1. FAISABILITE SOCIALE

1.1. Résultats de la faisabilité sociale

Les résultats liés à la faisabilité sociale de l'assurance santé ont été ventilés en cinq thèmes : la demande de soins, les exclusions rencontrées, les comportements de recours à ces exclusions, l'acceptabilité du concept assurantiel et enfin les habitudes d'épargne.

1.1.1. Les recours en cas de maladie

Toutes les personnes interrogées au cours de l'enquête ont déclaré avoir recours à une offre de soins en cas d'épisode morbide.

L'itinéraire thérapeutique du malade commence généralement par une automédication, qu'elle soit moderne et/ou traditionnelle. Il devient ensuite significativement différent selon que l'enquêté habite en ville ou à la campagne.

En cas de non guérison, le malade se dirige généralement après 4-5 jours vers l'offre de soins formelle ; les enquêtés vivant à la campagne dans les dispensaires et ceux des villes dans les cabinets privés ou à l'hôpital. La sélection de la formation sanitaire reste toutefois majoritairement conditionnée par la gravité perçue de la maladie.

Le secteur informel et traditionnel (vendeurs ambulants, guérisseur ...) est très présent et n'est vécu ni comme antagoniste ni comme alternatif à l'offre de soins formelle. Dans la quasi-totalité des cas, il est successif et/ou parallèle à elle. Dans les villages éloignés, il constitue la première et la principale offre de soins accessible.

Enfin, en cas de non guérison dans les formations sanitaires de Paksane, la majorité des enquêtés estiment devoir s'orienter sur Vientiane, puis en Thaïlande si cela n'est pas suffisant. Dans la pratique cependant, ces options sont financièrement inaccessibles pour la plupart d'entre eux et l'hôpital de Paksane reste leur dernier recours.

1.1.1.1. L'automédication

La grande majorité des enquêtés déclarent soigner par eux-mêmes les maux courants (ventre, tête et fièvre principalement) à l'aide de médicaments achetés dans les pharmacies ou au marché. Ils possèdent généralement une petite pharmacie familiale composée de paracétamol et de pénicilline dont la posologie est connue (médicaments précédemment prescrits par le médecin ou conseillés par le vendeur.) Ils savent également quelles racines/plantes chercher ou acheter pour guérir certaines maladies : douleurs aux ovaires, à l'estomac, aux hanches, leucorrhée, diabète...

1.1.1.2. L'hôpital

Pour plus des $\frac{3}{4}$ de la population enquêtée, le premier critère de sélection de l'hôpital est la gravité de la maladie. S'il reste en effet utilisé pour les soins ambulatoires, les enquêtés déclarent surtout le choisir car il est l'unique lieu des hospitalisations et du traitement des urgences. Il représente pour tous la modernité (médecins expérimentés et équipements).

Il est également le premier recours en cas de maladie pour la plupart des personnes interrogées vivant à proximité.

1.1.1.3. Les cabinets privés

Le cabinet de consultation privé est le choix premier et le principal choix de la quasi-totalité des enquêtés qui estiment que leur maladie est « normale ». Il est toutefois fréquent que des patients soient redirigés vers l'hôpital en raison de la gravité de leur état.

Ils sont environ un tiers à déclarer fréquenter le cabinet privé pour sa pharmacie. C'est également au cabinet privé que la majorité des enquêtés se rend en cas de recours en fin de semaine, particulièrement le dimanche.

1.1.1.4. Les dispensaires

Choisis pour leur proximité, ils demeurent au cœur du dispositif sanitaire rural puisqu'ils représentent généralement le premier choix des enquêtés vivant dans les villages situés à plus de 10 km de Paksane et couvrent la majorité des recours.

1.1.1.5. L'agent de santé villageois

Selon l'enquête, seules les personnes habitant à la campagne ont recours à l'agent de santé. Il est souvent pour elles le premier contact avec le système de soins modernes. C'est en effet lui qui vend les médicaments dans le village, il peut également donner des conseils.

Les agents de santé qui ont antérieurement occupé un emploi dans le domaine de la santé semblent toutefois avoir une activité et un rôle plus importants.

1.1.1.6. Hôpitaux et cabinets privés en Thaïlande

Selon les enquêtés, si le recours à l'offre de soins en Thaïlande existe, il est majoritairement réservé aux personnes aisées ou à celles habitant au bord du Mékong, à la frontière.

On s'y rend généralement pour les raisons suivantes :

- en cas de non guérison à l'hôpital de Paksane (ou directement si les enquêtés estiment qu'ils ne pourront de toute façon y être guéris ou que la maladie ne pourra y être diagnostiquée).
- en cas d'accident de la voie publique, l'hôpital de l'Amitié, à Vientiane, représente un recours de choix (accessible ou non) pour la majorité des enquêtés.

1.1.2. Exclusions

Le concept d'épargne est dans la grande majorité étranger à la culture villageoise lao, il est ainsi souvent entendu comme le simple fait de ne pas dépenser immédiatement l'argent gagné. A notre connaissance, aucun enquêté n'a constitué ou ne constitue d'épargne de précaution³ (revenus insuffisants, argent dépensé immédiatement...). Les rares personnes interrogées qui ont épargné/épargnent l'ont fait/le font sous forme d'encaisse liquide aux fins suivantes : stock pour les commerçants, éducation des enfants. Il n'a jamais été fait mention d'une réserve monétaire constituée pour les risques de santé.

Cette absence d'épargne induit des exclusions financières à l'accès aux soins modernes. Exclusions qui peuvent être saisonnières, temporaires ou partielles mais rarement définitives.

La majorité des personnes interrogées vivant à la campagne subissent toutefois une exclusion géographique de fait. Le coût du trajet (temps + transport), et parfois l'absence de moyens de transport pour se rendre en ville (à l'hôpital ou en cabinet privé) ne leur offrent guère la possibilité de choisir leur établissement de soins.

1.1.2.1. Exclusions financières

Cinq familles enquêtées (présentées comme pauvres) ont déclaré ne pouvoir accéder aux structures de soins officielles pour des raisons financières. Les chefs de village interrogés sur

³ L'épargne de précaution permet de faire face à des occurrences non certaines.

cette exclusion ont estimé que l'état de santé des intéressés ne justifiait pas la signature du formulaire leur permettant de se faire soigner gratuitement à l'hôpital. Situation qui peut paraître surprenante étant donnée que la gratuité à l'accès aux soins est en principe admise pour les indigents. Or, dans les faits, le budget dont dispose l'hôpital ne suffit pas à couvrir l'ensemble des besoins exprimés par ceux-ci. Les chefs de village n'ont alors d'autre alternative que de prioriser les demandes, ce qui explique que seul les villageois dont l'état de santé est considéré comme critique puissent bénéficier de la gratuité. Quelques personnes ont également affirmé avoir dû refuser l'hospitalisation pour les mêmes raisons, tandis que d'autres ont dû choisir entre la consultation et les médicaments (au profit de ces derniers).

1.1.2.2 Exclusions saisonnières

La morbidité est soumise à des variations saisonnières. A la saison des pluies (de juin à septembre), le taux de fréquentation des établissements sanitaires est en nette augmentation. S'il semble difficile tout au long de l'année à la plupart des enquêtés de financer leurs dépenses de santé, les paysans sont principalement sujets aux exclusions saisonnières. La plupart des paysans interrogés ont en effet déclaré être trop occupés au repiquage dans les rizières, pendant la saison des pluies, pour pouvoir « chercher de l'argent », voire, dans quelques cas, pour prendre le temps d'aller se faire soigner.

1.1.2.3. Exclusions temporaires

La majorité des enquêtés déclare ne pas attendre pour se faire soigner. Ils reconnaissent toutefois qu'il peut exister une période de latence permettant de réunir l'argent nécessaire mais sont dans l'incapacité d'en estimer la durée. Cette attente reste majoritairement liée à leurs capacités financières.

1.1.2.4. Exclusions partielles

Une quinzaine d'enquêtés ayant été hospitalisés déclarent avoir dû rentrer chez eux avant la fin du traitement car ils étaient dans l'incapacité de continuer à payer.

1.1.3. Comportements de recours aux exclusions financières

La plupart des enquêtés déclarent s'être déjà retrouvés dans la situation de ne pouvoir financer leurs soins. Ils ont généralement eu recours à l'entraide⁴ familiale, amicale ou professionnelle (pour les fonctionnaires), plus rarement à la solidarité⁵ villageoise. Ils sont également plusieurs à avoir dû « décapitaliser » (vente du cheptel, de la maison...), soit pour payer les soins, soit pour rembourser leur emprunt. Quelques uns seulement n'ont pu se faire soigner.

1.1.3.1. L'entraide

Dans la majorité des cas, les enquêtés estiment pouvoir emprunter pour se faire soigner. Toutefois, si cela reste une pratique d'usage, le montant en constitue généralement la limite. Certains ont toutefois déclaré ne pas avoir accès aux prêts en raison de leur incapacité permanente à rembourser. L'entraide peut prendre plusieurs formes : familiale, amicale, villageoise et professionnelle.

⁴ l'entraide repose sur un principe de réciprocité attendu.

⁵ la solidarité s'adresse aux plus démunis, sans contre partie.

Familiale ou amicale

La majorité des villageois enquêtés déclare emprunter auprès de leur famille proche sans intérêt. Lorsque l'emprunt se fait hors du réseau familial ou si le degré de parenté est trop éloigné, un taux d'intérêt usuel de 30% par an est généralement appliqué. Il faut ensuite « chercher de l'argent » (vente de fruits et légumes, volaille...) pour rembourser. Pour quelques personnes interrogées, cela peut durer des années.

Villageoise

➤ les décès

Dans tous les villages, il existe un système d'entraide organisé en cas de décès. Chaque famille donne en général entre 2 000 (pour un enfant décédé) et 5 000 kips (personne de plus de 10 ans) à la famille du défunt. Ce montant, variable, est fixé par le chef de chaque village. Il existe un règlement qui prévoit d'exclure la famille qui aurait refusé de payer trois fois mais cela reste rare selon les enquêtés. Les familles considérées comme pauvres ne sont généralement pas soumises à la collecte. Mis en place par le district, ce système est géré par le chef de village.

➤ La Caisse du village

Elle peut également venir en aide au villageois qui doit se faire hospitaliser sur décision du Comité du village qui s'est préalablement assuré de la solvabilité de l'emprunteur. Une somme d'argent est alors prêtée sans intérêt. Cette caisse est toutefois rarement utilisée à ces fins, elle sert surtout à la rénovation de la pagode, de la route ou à recevoir les invités d'autres villages.

➤ La Caisse de l'Union des Femmes

Elle est, dans un petit nombre de villages enquêtés, utilisée pour venir en aide aux femmes malades membres de l'Union, plus rarement à leur famille. L'argent provient des cotisations des membres, généralement quelques milliers de kips par femme et par mois, et des bénéfices récoltés lors des *boun* (location de la vaisselle par exemple).

➤ Les transports

Dans les villages éloignés, certaines personnes mettent à disposition leur motoculteur pour conduire le malade à l'hôpital. Elles facturent généralement le prix de l'essence, parfois la location du motoculteur lui-même.

Professionnelle

➤ les fonctionnaires

Tout fonctionnaire peut avoir recours à la caisse du Bureau (service dans lequel il travaille) et emprunter sans intérêt. La somme allouée pour chaque caisse de chaque bureau dépend du budget de l'Etat. Elle reste variable et aléatoire. Lorsque différentes personnes souhaitent emprunter dans une même période, c'est celle qui est reconnue en avoir le plus besoin qui en bénéficie.

➤ le Comité des parents d'élèves et des enseignants

Dans certains villages, la caisse de l'école, allouée pour l'éducation par le district, peut venir en aide aux enfants victimes d'accidents (jambe cassée...).

Il a également été rapporté dans un village l'existence d'un système d'assurance pour l'année scolaire, sur une base volontaire, d'un montant de 1 000 kips par enfant. Gérés par le district, les fonds de cette caisse participent au financement des soins de l'élève accidenté ; 100 000 kips sont versés pour un accident survenu dans l'enceinte de l'école, 50 000 dans les autres cas. L'intégralité des familles avait cotisé cette année (2003-2004).

➤ Les miliciens

Ils peuvent emprunter auprès de la caisse des miliciens, alimentée par les villageois, les amendes perçues en cas de trafic illégal et les recettes de gardiennage lors des fêtes.

1.1.3.2. La solidarité

Pour la majorité des personnes interrogées, il n'y a pas de solidarité villageoise en cas d'épisode morbide.

Dans les villages où elle existe, elle s'établit toujours de manière ex post et reste de l'avis des enquêtés insuffisante.

Dans certains villages

Les voisins et proches de la personne malade devant se rendre à l'hôpital peuvent parfois lui donner entre 2000 et 5000 kips (selon les liens qui les unissent) et ce sans exiger de remboursement.

La Caisse de l'Union des Femmes

Elle a, dans quelques rares villages, été utilisée pour aider les militaires malades en difficulté financière. La chef de l'Union interrogée déclare que c'est une forme de solidarité envers ceux qui servent la Nation.

1.1.4. Acceptabilité du concept assurantiel

1.1.4.1. Connaissance antérieure d'un système d'assurance

Seuls une vingtaine d'enquêtés avaient déjà entendu parler d'un système d'assurance.

Pour la plupart cela concernait les AGL (Assurances Générales du Laos), situées au bord de la route n°13. C'est l'assurance voiture qui a généralement été citée, suivie plus rarement de l'assurance logement.

Plusieurs d'entre eux avaient également entendu parler des assurances santé en Thaïlande (via la radio ou la télé) ou à Vientiane (par leur parenté).

Aucun enquêté n'a toutefois pu en expliquer le fonctionnement.

1.1.4.2. Compréhension de la mutuelle santé

Les Comités ont insisté dans tous les villages sur la nécessité de faire des réunions d'information et recommandé de prendre le temps de bien expliquer le projet aux villageois.

Paiement à priori et continu

L'idée de prépaiement des soins était totalement nouvelle dans tous les villages enquêtés. Il a donc été nécessaire d'expliquer les fondements techniques de ce type de financement.

Ce sont les cotisations qui ont le plus souvent et le plus longuement été évoquées avec notamment des questions portant sur :

- le montant de la cotisation,
- le mode de calcul des cotisations (qui fixe la cotisation),
- la base de la cotisation (individu, famille, famille élargie),
- la fréquence des cotisations (mensuelle ou annuelle).

Prédisposition à rester solidaire

La plupart des enquêtés déclarent pouvoir rester solidaires dans les dépenses de santé et ce sans critères particuliers de désignation. Ils ont été nombreux à évoquer les valeurs bouddhistes selon lesquelles on peut ainsi acquérir des mérites et améliorer le statut de ses vies futures.

Non réalisation du risque

Plusieurs enquêtés ont manifesté leur surprise après avoir compris qu'ils ne récupèreraient pas leur cotisation en cas de non réalisation du risque. D'autres ont avancé spontanément le principe de solidarité avec les personnes malades.

Aucun n'a toutefois déclaré penser se retirer.

Conseil d'administration

Pour les villageois enquêtés, la mutuelle doit être gérée (et promue) par le Comité de village. Pour les Comités de village et les professionnels de santé, la composition du C.A. doit être décidée après avoir été votée par les différents villages sous la surveillance et avec la participation du district.

Dans la plupart des Comités de village, la question d'un subventionnement de la mutuelle et d'un appui extérieur technique a été soulevée afin d'assurer la viabilité du système. Les raisons suivantes ont été avancées :

- la capacité contributive des membres ne sera pas suffisante pour couvrir toutes les dépenses de santé ;
- la gestion de la mutuelle doit se faire sous l'observation d'un expert du projet afin d'éviter tout détournement d'argent (difficulté de trouver quelqu'un de « fidèle »).

Propension des enquêtés à adhérer à la mutuelle

Chez toutes les personnes enquêtées, l'idée de mettre en place une mutuelle a été favorablement accueillie. Les membres des Comités de village ont d'ailleurs spontanément estimé le taux de participation des villageois au projet. Il oscille entre 70 à 80%.

1.2. Analyse de la faisabilité sociale

1.2.1. Pertinence d'une assurance santé à Paksane

L'enquête montre, qu'en l'état actuel des choses, les modes de fonctionnement, de financement et de gestion du système de santé à Paksane pourraient exposer les familles enquêtées au risque d'appauvrissement. Les ménages supportent, en effet, les deux tiers du coût de la maladie et doivent dans leur grande majorité avoir recours à l'emprunt lorsque leurs capacités de paiement sont insuffisantes, ce qui est particulièrement fréquent en cas d'hospitalisation.

En définitive, toutes les personnes interrogées (à quelques exceptions près) ont eu accès aux soins en cas d'épisode morbide. Il y a donc très peu d'exclusions définitives dues à des obstacles financiers. La population enquêtée semble en effet, à travers le marché du crédit, avoir trouvé en partie la réponse aux difficultés de financement des soins de santé.

Devoir « chercher » de l'argent n'est toutefois pas sans conséquence :

- il peut entraîner des périodes de latence avant d'accéder aux soins et/ou une appréciation subjective de l'opportunité de soins par le malade. Un délai moyen de cette période de latence ne peut être approché puisque qu'en fonction des déterminants (géographiques, sociologiques, culturels, économiques...) et de l'état de santé perçue par le patient, ce délai peut varier de quelques jours à plusieurs mois.
- le crédit est soumis à un remboursement qui porte sur la consommation future du contractant.

Ainsi, si le besoin en matière de financement des soins de santé n'est pas prioritaire, il reste néanmoins important et réel.

1.2.2. Acceptation du principe assurantiel par la population

1.2.2.1. Connaissance de l'assurance

La compréhension du concept est loin d'être généralisée mais l'on constate une banalisation progressive des concepts exogènes par l'imprégnation quotidienne d'émissions thaïes et l'implantation de systèmes d'assurance déjà présents en ville (AGL).

1.2.2.2. Paiement à priori et continu

Ce concept semble être compris sans provoquer de réticence majeure de la part des enquêtés. En revanche, il sera indispensable lors de la phase active du projet de prendre le temps de bien expliquer le principe d'assurance santé à tous les villageois concernés (réunions d'information villageoises). Ceci pour s'assurer que les personnes comprennent que la cotisation n'est pas reversée par l'assureur si le soin n'est pas consommé dans la période.

1.2.2.3. Solidarité dans le domaine de la santé

La zone enquêtée de Paksane présente un facteur non négligeable de cohésion sociale. La population enquêtée, à plus de 95% Lao-loum et bouddhiste, semble ainsi prête à accepter le principe de mutualisation du risque.

Face à la faiblesse relative des liens de solidarité liée à la santé, l'assurance santé pourrait en effet apporter une réponse appropriée en permettant de limiter l'effort de solidarité à un certain partage des risques, et d'accumuler parallèlement des mérites⁶.

1.2.2.4. Participation de la communauté

Il existe une habitude de cotisation mensuelle institutionnalisée par les organisations de masse sous contrôle de l'Etat (Syndicat, Union des Jeunes, Union des Femmes...), dont l'adhésion, si elle n'est pas obligatoire, est toutefois socialement fortement recommandée.

2. FAISABILITE ECONOMIQUE

2.1. Résultats de la faisabilité économique

2.1.1. Conditions de solvabilité

2.1.1.1. Revenus moyens des ménages

La moyenne des revenus par an et par habitant dans les quatorze villages enquêtés est de 236,5 dollars US. Les revenus annuels des ménages pour les patients de l'hôpital sont eux de 531 dollars US. On note très peu de variation dans les dépenses de santé entre les personnes interrogées dans les villages et à l'hôpital, la moyenne se situant à environ 102 dollars US par an. Les dépenses de santé représenteraient donc environ un cinquième des dépenses annuelles des ménages.

2.1.1.2. Montant des cotisations jugé acceptable par la population

Le montant que les enquêtés seraient prêts à consacrer mensuellement aux cotisations se situe en moyenne entre 10 000 et 20 000 kips. La variation annoncée est proportionnelle, dans l'ensemble, aux revenus des ménages.

⁶ Dans la religion bouddhique l'accumulation de mérites assurant une heureuse réincarnation.

2.1.1.3. Régularité des ressources financières

La régularité des revenus des enquêtés, au cours de l'année, varie en fonction de l'activité des personnes enquêtées. Cette irrégularité touche essentiellement les paysans pour qui la saison des pluies est synonyme de baisse des revenus. Deux éléments peuvent expliquer le manque à gagner durant cette période. Tout d'abord, le travail intensif aux champs limite considérablement la possibilité des paysans à maintenir une activité commerciale non agricole, parallèlement à leur activité principale. De plus, ils doivent attendre la saison sèche pour percevoir les revenus liés à la vente de leurs récoltes.

2.1.2. Conditions d'attractivité

2.1.2.1. Besoins prioritaires perçus et objectivés en matière de soins

Besoins perçus

➤ Diagnostic de santé perçu

Compte tenu des attentes que les personnes enquêtées pensent légitime d'avoir à l'égard de leur santé et de celle de leur famille, une large majorité estime leur état de santé comme satisfaisant voire très satisfaisant comparativement aux personnes du même âge.

➤ Diagnostic de santé de la communauté

Pour les professionnels et la population, les problèmes collectifs les plus importants touchant le bien être de la population de la zone, sont avant tout, les accidents de la voie publique et les dengues hémorragiques. Viennent ensuite, le paludisme, les diarrhées, les gastrites, les pneumonies, les cardiopathies et les leptospiroses.

➤ Paquet de soins que la population voudrait voir couvert

Après avoir précisé que le niveau de couverture détermine le montant des cotisations, quand on interroge la population sur les prestations qu'elle voudrait voir couvertes par l'assurance santé, arrivent en premier lieu les hospitalisations, puis viennent les consultations pour environ deux tiers des personnes interrogées. La prise en charge des transports est mentionnée quasi systématiquement pour les personnes dont le lieu de résidence est éloigné de l'hôpital mais ne constitue pas une demande pour ceux vivant à proximité. La couverture des frais liés à l'accouchement a rarement fait l'objet d'une demande spontanée et a concerné majoritairement les populations urbaines.

Selon les professionnels, il est primordial de prendre en charge non seulement les hospitalisations mais aussi dans la mesure du possible les consultations et les accouchements. La prise en charge des frais liés au transport et à l'alimentation n'ayant attiré l'attention que de peu d'entre eux.

Besoins objectivés

Les motifs de recours aux soins à l'hôpital de Paksane, permettent de cerner les besoins sanitaires de la population (annexe 6).

Si les trois motifs les plus fréquents d'hospitalisation sont : les diarrhées, les dengues hémorragiques et les poly-traumatismes, ceux des consultations sont : les poly-traumatismes, les gripes et les dengues hémorragiques.

2.1.2.2. Risques sociaux à prendre en charge

Les deux risques sociaux les plus fréquemment évoqués sont les risques maladie et décès. Il apparaît clairement que la survenue du décès d'un parent entraîne une baisse de revenus (frais de funérailles, perte de la force de travail), ce qui amène une forte proportion des enquêtés à souhaiter voir ce risque pris en charge par l'assurance. La demande de couverture des naissances et mariages n'a, en aucun cas, été formulée.

2.1.2.3. Membres de la famille à qui doit être proposée la couverture

Le consensus des enquêtés est fait autour d'une adhésion familiale à l'assurance santé. Toutefois en fonction de la composition des ménages, leur demande de couverture concerne la cellule nucléaire (père, mère, enfants) ou s'étend aux ascendants quand ceux-ci vivent au sein du foyer.

2.1.2.4. Degré de compréhension et d'acceptation du concept de ticket modérateur et de période de carence

Lorsque ont été abordés le concept de ticket modérateur (devant éviter une surconsommation de soins par l'assuré, puisqu'une partie des dépenses reste à sa charge) et de période de carence (délai entre l'adhésion à l'assurance, et la prise en charge effective des dépenses : la période de carence doit éviter qu'on adhère à l'assurance juste au moment où on a un problème de santé), deux cas de figure se sont présentés. Certains enquêtés, les professionnels de santé et les personnes membres des comités villageois, percevaient, voire soulevaient les risques de sélection adverse⁷ liés aux assurances basées sur la participation volontaire des membres et étaient conscients du risque moral⁸ inhérent à tout système assurantiel. Ils leur semblaient donc légitime et souhaitable d'intégrer ces deux mécanismes afin de garantir la viabilité financière du système. Les discussions menées sur ce thème avec les autres personnes enquêtées ont toutefois trouvé un accueil diamétralement opposé. La population trouve en effet qu'il est inapproprié de demander une participation (ticket modérateur), aussi réduite soit-elle, aux membres dès lors qu'une cotisation est réglée. N'ayant pu, que sommairement, introduire le concept de responsabilisation des membres, il n'est pas étonnant d'avoir recueilli ce genre de réaction. De l'avis des professionnels, il ne pouvait en être autrement et la compréhension de ces mécanismes par la population mérite qu'un large temps d'information y soit consacré.

2.2. Analyse de la faisabilité économique

La viabilité économique du système d'assurance santé à base volontaire est soumise à certains critères : caractéristiques de la population cible, positionnement du couple niveau de cotisation/garanties proposées (prestations proposées et taux de couverture) en fonction de l'occurrence des risques et options choisies par rapport à la sécurisation des fonds.

2.2.1. La population cible

2.2.1.1. Taille

La mutualisation des risques n'est envisageable que si l'effectif des adhérents est suffisant. Pour assurer un taux de pénétration maximal, il semble donc primordial de limiter, dans la mesure du possible, les critères sélectifs d'adhésion.

Les deux critères proposés : couverture familiale et adhésion de type annuelle ne semble pas avoir une incidence sur l'acceptabilité de l'assurance santé puisque selon les Comités villageois, l'hypothèse d'adhésion est encourageante, la part de la population susceptible d'adhérer se situant entre 70 et 80%.

Toutefois, si la couverture familiale est en adéquation avec la demande de la population, il n'y a pas de consensus autour de l'intégration ou non des ascendants aux prestations fournies par l'assurance santé.

⁷ Sélection adverse : une personne se sachant atteinte d'une affection nécessitant des traitements coûteux est plus encline à souscrire une assurance qu'une personne qui a le sentiment d'être en bonne santé

⁸ Risque moral : le risque supporté par l'assureur est susceptible d'être majoré du fait du comportement de sous-prévention ou de surconsommation de l'assuré.

Propositions : Il semble important d'adapter la couverture à la structure familiale, qu'elle soit composée ou non des ascendants, conformément à la demande de la population.

Il semble raisonnable, dans un premier temps, de limiter l'expérimentation au district de Paksane (environ 40 000 habitants) ; dans un deuxième temps, en cas de succès, il sera bon d'envisager avec les autorités mais aussi avec la population, les modalités d'extension du projet aux autres districts de la province (de manière aussi à augmenter la base d'adhérents).

2.2.1.2. Nature

Il convient de s'interroger sur les caractéristiques de la population ciblée. L'assurance santé volontaire n'a pour objet que de couvrir les cotisants du système. Or, la question de la prise en charge des indigents figure, dès à présent, parmi les préoccupations des autorités pour qui la finalité de l'assurance santé est à intégrer dans la lutte contre la pauvreté (respect des orientations de la Banque Mondiale). Cette question est primordiale car on aborde là une question non seulement éthique, en pointant les obstacles à l'universalisation de l'accès aux soins, mais aussi pragmatique d'accroissement des inégalités, dont on ne connaît que trop les implications. « Une assurance santé qui ne ciblerait pas les plus démunis, tendrait naturellement à les exclure » (41). Les expériences des RDC, ont montré leurs limites en créant des exclus de l'accès au soin, et l'assurance santé pourrait elle aussi entretenir, voire accentuer ces inégalités et ainsi faillir aux principes d'équité.

Propositions : Compte tenu que la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté dicte l'intérêt des autorités du pays pour le développement des assurances santé, et que cet argument est repris et partagé à tous les échelons de la pyramide sanitaire, les promoteurs du projet devront participer au débat sur le lien entre protection sociale et cohésion sociale. Pour ce faire, la participation des élus, des partenaires du développement, des professionnels de santé et évidemment de la population elle-même, devra être recherchée. L'assurance santé obligatoire et universelle étant la seule et unique garantie d'une prise en charge efficace de l'ensemble de la population de la zone (et notamment des indigents), il convient de susciter le débat sur les avantages et inconvénients des assurances obligatoires et volontaires. Il faudra notamment expliquer que l'assurance volontaire ne couvrant, par définition, que les cotisants, elle n'est pas destinée aux pauvres, qui ne cotisent pas, et ne facilite donc pas leur recours au soin. Le seul lien qui existe entre l'assurance volontaire et la pauvreté, c'est que l'assurance volontaire évite les risques de décapitalisation lors d'un important épisode maladie, et évite donc la « chute » vers la pauvreté : elle permet ainsi d'éviter l'accroissement du nombre de pauvres, lié à un épisode maladie.

Dans un système volontaire, ne pas augmenter les cotisations des adhérents pour alimenter les fonds servant à la prise en charge des plus nécessiteux, empêcherait son nécessaire équilibre économique et ne garantirait pas la pérennité du système. Toutefois, si la population se disait prête à cette solidarité envers les indigents, on pourrait imaginer qu'elle soit accompagnée dans la reconnaissance des personnes qui devraient être prises en charge par la communauté puisqu'en l'état actuel des choses, il n'existe pas de définition claire des critères d'indigence.

2.2.2. Fixation de la relation entre montant des cotisations et garanties proposées

2.2.2.1. Montants des cotisations

L'un des enjeux de l'assurance santé est de fixer des montants de cotisation financièrement acceptables tout en permettant un équilibre financier pérenne. Il apparaît que déterminer le paquet de soins à partir des possibilités de cotisations de la population soit le meilleur moyen d'y parvenir. Or, les indicateurs de revenus sont peu fiables étant donné qu'une part non

négligeable de la population pratique l'agriculture d'autosubsistance. En l'absence, dans le district, d'étude du système agraire permettant de traduire en terme monétaire les revenus liés à l'agriculture d'autosubsistance, il convient, en l'état actuel des choses, de recueillir directement l'avis de la population sur le montant des cotisations qu'elle est en mesure de payer.

Bien que les ménages aient des revenus qui se situent au-dessus de la moyenne nationale, les capacités contributives déclarées par les ménages oscillent entre 10 000 et 20 000 kips/mois, à l'identique des trois projets pilotes de l'OMS. Ceci contraste toutefois avec ce qu'ils disent dépenser annuellement pour leur santé : environ 1 000 000 kips/foyer. On est alors en droit de s'interroger sur la compréhension du système assurantiel par la population, ou sur la confiance qu'elle lui porte...

Propositions : il est important de partir de la capacité contributive des ménages qui assure un plus fort taux de pénétration de la population cible, le montant se positionnant d'emblée comme acceptable. Or les possibilités de cotisation ne permettant pas de couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population, des priorités devront donc être déterminées avec elle. En effet, 200 000 kips/an/foyer ne permettraient à l'assureur de couvrir, pour un foyer moyen de six personnes, que trois jours d'hospitalisation ou une dizaine de consultations.

A partir des capacités contributives déclarées, des variations devront être apportées en fonction de la structure familiale, autrement dit être proportionnelles au nombre de personnes constituant le foyer. Les tarifications proposées par l'OMS pourraient servir d'indicateur.

Il semble important d'adapter la fréquence des cotisations à la périodicité des revenus monétaires des ménages, ce qui revient, en choisissant l'option avancée par les enquêtés, à organiser un recouvrement mensuel. A cela, il serait intéressant d'apporter des modulations dans les montants en fonction des périodes et ainsi de proposer des cotisations plus élevées pendant la saison sèche afin que les sommes dégagées pendant la saison des pluies soient réduites.

2.2.2.2. Garanties proposées

Taux d'occurrence des risques

Bien que la connaissance de l'occurrence des risques influe sur le rapport entre niveau de cotisation et garanties proposées, le manque de fiabilité des données fournies par le service provincial de la santé ne permet pas d'avancer des hypothèses d'occurrence des risques fiables.

Définition du paquet de bénéfices

Pour être attractive une assurance santé doit être en mesure de répondre aux besoins perçus par ses membres. Si ces demandes sont parfois jugées irrationnelles, leur prise en compte est toutefois un gage d'adhésion. Or dans ce cas de figure, la demande est homogène et les besoins de santé de la communauté, identifiés par les enquêtés qu'ils soient professionnels de santé ou villageois, sont concordants avec les besoins objectivés (motifs de recours à l'hôpital provincial).

Propositions : les deux risques sociaux couramment avancés par les enquêtés sont la maladie et le décès d'un proche. Il semble donc important que l'assurance santé les prenne en charge.

Concernant les prestations à couvrir, il ne fait aucun doute que les hospitalisations devront être assurées puisqu'elles correspondent à la demande de l'ensemble des enquêtés, le choix de l'intégration ou non des soins ambulatoires mérite débat puisque les enquêtés ne sont pas unanimes sur la question.

Trois arguments penchent en faveur de l'exclusion des soins ambulatoires.

Tout d'abord, le risque de surconsommation est beaucoup plus conséquent pour les consultations que pour les hospitalisations, et l'expérience montre que la prise en charge des consultations s'accompagne d'une consommation pouvant être multipliée par deux ou trois en quelques mois.

De plus, la couverture des soins ambulatoires n'est pas recherchée par l'ensemble des enquêtés et leur intégration dans le paquet de soins, augmentant le montant des cotisations, pourrait constituer un obstacle à l'adhésion.

La multiplicité des acteurs offrant ce type de prestations nécessite de s'interroger sur les prestataires à intégrer et complique énormément la gestion du système, et cette complication engendre elle-même d'importants coûts de gestion.

De ce constat, l'hypothèse d'une prise en charge des gros risques, autrement dit des soins liés à l'hospitalisation, qui n'engage qu'une contractualisation avec l'hôpital, apparaît être la plus réaliste, sachant que l'estimation du coût d'une assurance des hospitalisations pour un foyer de 6 personnes est de 200 000 kips annuel soit 17 000 kips mensuel, ce qui correspond aux possibilités de cotisations déclarées (annexe 13).

Cependant, proposer uniquement une couverture des soins hospitaliers, pourrait poser un problème de santé publique. Les ressources des ménages étant réduites du fait du paiement des cotisations, il est possible que cela induise un retard à l'accès aux soins. Or, quand on sait que les premiers motifs de consultations sont la dengue, la grippe, la pneumonie, la diarrhée... il est à craindre que pour certains un allongement des délais de prise en charge accentue l'incidence des formes sévères de ces affections. La mise en place d'une assurance santé dans ces conditions agirait donc négativement sur l'état de santé de certains adhérents. De plus, un retard à l'accès aux soins conduirait inévitablement à une dégradation de l'état de santé qui nécessiterait une prise en charge plus coûteuse en cas d'hospitalisation.

Un autre argument en faveur de l'intégration des soins ambulatoires est que leur exclusion reviendrait à nier la demande formulée par deux tiers des enquêtés.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'attractivité d'une prise en charge exclusive des gros risques, par essence plus rares, auprès d'une population qui se projette très peu dans le futur.

Enfin, il conviendra de s'interroger sur la prise en charge des soins qui ne peuvent être dispensés à Paksane, l'offre de soins locale, quelle soit publique ou privée, ne permet pas de prendre en charge l'ensemble des besoins de la population, notamment en traumatologie et neurologie, aux dires des enquêtés.

En conclusion, le souhaitable est bien évidemment de tout assurer... mais le possible, au moins dans un premier temps, est d'assurer exclusivement le « gros risque » de l'hospitalisation, et pour les capacités de prise en charge actuelles de l'hôpital.

2.2.2.3. Taux de couverture du risque

Parmi les risques auxquels l'assurance santé est confrontée, de façon récurrente, on note le risque de surconsommation, et la sélection adverse. Différents mécanismes permettent toutefois d'en réduire les effets comme le ticket modérateur et la période de carence (évite qu'une personne adhère en prévision d'un recours aux soins annoncé dans un court délai).

Propositions : l'adhésion familiale (en contribuant à une meilleure répartition des risques) et une contractualisation sur une base annuelle (en évitant les sélections saisonnières), permettent déjà de réduire en partie les risques inhérents au système assurantiel. Si toutefois, il était envisagé de recourir à la mise en place d'un ticket modérateur et d'une période de carence, il faudrait veiller à les légitimer auprès de la population pour les rendre socialement acceptables.

2.2.3. Sécurisation des fonds

Une banque est présente à Paksane et l'hôpital y possède un compte ce qui peut faciliter les flux monétaires entre assureur et prestataires. Mais le Laos connaît régulièrement des périodes d'inflation et le dépôt de sommes conséquentes en banque peut se révéler dangereux.

Propositions : afin de se prémunir d'une éventuelle érosion monétaire des cotisations qui pourrait mettre en péril le système, l'assurance santé devrait adopter une stratégie d'investissement immédiat. Pour ce faire, un consensus devra être adopté sur la gestion de la trésorerie de l'assurance santé et des fonds de réserves à constituer.

3. FAISABILITE TECHNIQUE

3.1. Résultats de la faisabilité technique

3.1.1. Condition relative à l'offre de soins existante

3.1.1.1. Les différents prestataires

3.1.1.1.1. L'hôpital de Paksane

➤ Données objectivées

- Historique

La mise en place du RDC

Depuis la mise en place du RDC en 1993, afin d'améliorer la qualité des prestations fournies par l'hôpital, sont facturés aux patients l'achat des médicaments et matériels consommables, les examens complémentaires (radiologie, laboratoire), actes dentaires, carnet de santé, certificats médicaux, chambre d'hospitalisation et gasoil.

Les médicaments et matériels consommables sont facturés en moyenne 1,36 fois leur prix d'achat, les carnets de santé et certificats médicaux : 2,5 fois le prix d'achat, et les chambres en fonction de leur équipement entre 5 000 et 30 000 kips.

- Cadre juridique

Organes de décision du RDC

La mission du Comité de Gestion est d'assurer la planification, l'organisation et la gestion du système de recouvrement des coûts. Constitué du directeur et directeur adjoint, du pharmacien, du trésorier, du responsable du service administratif de l'hôpital et d'un représentant de chacune des trois organisations de masse : femmes, jeunesse, syndicats, le Comité de Gestion se réunit théoriquement mensuellement sur décision du directeur.

En réalité, l'échéance mensuelle n'est pas respectée, puisqu'en juillet et depuis janvier 2004, seulement trois rencontres se sont tenues. La population n'est pas représentée, ni directement, ni à travers ses représentants que sont les chefs de village.

Le Comité de Contrôle, dont la mission est de garantir la conformité législative des orientations proposées par le Comité de Gestion, de contrôler la régularité de la comptabilité et de s'assurer de l'exécution des décisions adoptées, devrait quant à lui, réunir une à deux fois par an le responsable du service de la santé provincial, le représentant du département provincial des finances, le représentant du département administratif provincial, le représentant du Comité de Gestion, le directeur adjoint administratif de l'hôpital, les représentants du personnel de l'hôpital. Dans les faits, deux réunions se sont tenues depuis la mise en place du RDC en 1993, au cours des deux premières années.

Le système de gratuité

Suivant les orientations nationales, les excédents du RDC doivent servir en partie à procurer gratuitement des soins aux plus démunis, aux étudiants, aux militaires et aux bonzes. D'autres personnes, les VIP, autorisées par le Comité de Gestion, peuvent également bénéficier de ce système de gratuité. Le personnel hospitalier bénéficie partiellement de ce système puisqu'il bénéficie d'un check-up gratuit une fois par an.

L'accord du statut des personnes dites pauvres, s'il n'est pas accordé par le chef de village, relève de la décision du directeur et directeur adjoint de l'hôpital, ou du représentant du service administratif en cas d'absence.

Aucune définition claire de ce qu'est un indigent n'étant disponible au niveau national, il revient à la direction de l'hôpital, le soin d'établir ses propres critères. Cette estimation arbitraire repose donc, sur l'étude du patrimoine de la personne : logement, superficie du terrain, culture, élevage...

- Missions et objectifs de la structure

De par sa qualité d'hôpital provincial, l'établissement a pour mission de satisfaire la demande de soins secondaires, en terme de consultations externes et d'hospitalisation, de l'ensemble des habitants de la province. L'existence du système de gratuité aux indigents, assure en principe une accessibilité aux soins à l'ensemble de la population.

- La population reçue (annexe 7)

Aucune donnée relative aux caractéristiques des populations n'étant disponible dans les registres de consultations de l'hôpital, les données présentées concernent les patients ayant eu recours aux hospitalisations entre décembre 2003 et juin 2004.

Il ressort que la fréquentation est équilibrée selon le sexe puisque 50,4% des patients sont des hommes et 49,6% des femmes. Schématiquement on peut dire qu'un quart des personnes hospitalisées appartient à la classe d'âge des 0-15 ans, un quart à celle des 16-25 ans, les deux autres quart se répartissant de façon quasi égale entre les 26-45 ans et les 46 ans et plus.

On note toutefois que l'établissement est fréquenté à 97,5% par les Lao-loum.

L'étude des registres des hospitalisations entre février et juin 2004 et celui des consultations entre août et décembre 2003, permet d'avoir une approche de la provenance géographique des patients. Si environ un tiers des personnes hospitalisés viennent des districts voisins, seulement un quart des patients ayant recours aux consultations ne vivent pas dans le district. Toutefois, que ce soit pour les hospitalisations ou les consultations un peu moins de la moitié des patients habitent dans un périmètre de 10km autour de l'hôpital.

- Ressources sanitaires

Le personnel

Le personnel est composé de 94 professionnels ayant :

- une formation post-universitaire : 3 spécialistes,
- un niveau d'étude supérieur : 2 dentistes, 1 pharmacien et 14 médecins,
- un niveau d'étude moyen : 8 médecins assistants, 1 pharmacien assistant, 7 infirmiers d'Etat,
- un niveau d'étude auxiliaire : 33 auxiliaires et 1 aide pharmacien,

On dénombre également 17 employés ayant une relation contractuelle, 3 stagiaires prochainement fonctionnaires et une équipe administrative.

Les infrastructures

D'une capacité de 70 lits, l'hôpital provincial est composé de 14 services :

- 3 services administratifs : service de la planification, des finances, administratif,
- 5 services d'hospitalisation : urgences et soins intensifs, chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, médecine interne,
- 3 services de consultations : médecine (générale, dentaire, petite chirurgie, ORL, dermatologique), PMI et médecine traditionnelle/physiothérapie/acupuncture/kinésithérapie,
- 1 plateau technique composé de 3 services : radiologie, pharmacie, laboratoire.

- Les ressources financières

Part des trois acteurs dans le budget annuel de l'établissement

Depuis la mise en place du RDC, le budget de l'hôpital est constitué de la part attribuée par l'Etat, de celle provenant des ménages à travers les fonds fournis par les recettes du RDC et de l'aide étrangère.

Tableau : Evolution de la contribution des acteurs (en kips),
au financement de l'hôpital, depuis 2001.

Financeurs	2001/2002	2002/2003	2004 budget prévisionnel
Gouvernement	363 632 837	425 189 820	583 436 198
Ménages	783 723 655	1 060 598 195	1 066 000 000
Aides extérieures	23 000 000	12 025 500	100 000 000
Total	1 147 355 492	1 497 813 515	1 749 436 198

On peut noter que le budget prévisionnel prévu pour 2004 est à la hausse, la participation de l'Etat augmentant de 37% et les excédents estimés du RDC de 0,5%. La participation moyenne des ménages en 2002/2003 était de 19 800 kips pour les consultations externes et de 78 300 kips/jour pour les hospitalisations. La dotation annuelle de l'Etat devrait être perçue, par l'établissement, entre septembre et novembre de chaque année, en réalité les financements ne sont pas disponibles avant les mois de mai/juin de l'année suivante, ce qui explique que durant cette période seuls les revenus du RDC permettent le fonctionnement de l'Hôpital.

Evolution des dépenses de l'établissement

Tableau : Evolution de certaines dépenses de l'hôpital depuis 2001

Période	consommables	Impôts	Frais administratifs	Primes	Total
2001/2002	458 685 935 (63,6%)	17 698 878 (2,5%)	194 991 432 (27,1%)	49 240 661 (6,8%)	720 616 906 (100%)
2002/2003	569 943 920 (65,7%)	22 336 500 (2,6%)	205 878 488 (23,7%)	68 804 300 (7,9%)	866 963 208 (100%)
Octobre 2003-mars 2004	219 011 280 (50,9%)	12 594 800 (2,9%)	146 300 000 (34,0%)	52 759 600 (12,2%)	430 665 680 (100%)

Les dépenses globales de l'hôpital augmentent et le constat est flagrant, rapportées aux dépenses globales, les parts consacrées aux primes et frais administratifs (eau, électricité, gasoil, fournitures) ont été augmentées d'un tiers, tandis qu'on constate, que celle consacrée aux médicaments a diminué d'environ 15%.

Bilan budgétaire

❖ Généralités

En 2002/2003, les comptes de l'hôpital étaient équilibrés et même légèrement excédentaires puisque sur les 1 497 813 515 kips de recettes, 1 349 728 791 kips ont été dépensés.

Le budget de l'établissement était composé à :

- 28,4% de fonds alloués par l'Etat qui ont servi à 88,2% au financement des salaires, à 4,7% aux frais administratifs et à 7,1% à l'alimentation des patients,
- 70,8% des ressources liées au RDC qui ont été utilisées à 90,1% seulement. Les dépenses ont consisté à 62,5% au réapprovisionnement en matériel et médicaments, à 22,6% aux frais administratifs (9% pour l'accueil des visiteurs, 11% pour la maintenance et les investissements, 18% pour les charges d'électricité et d'eau, 62% pour les fournitures), à 7,5% aux paiement des primes des professionnels, à 4,6% au fonctionnement du système de gratuité, à 2,4% au règlement des impôts et à 0,4% en pertes (médicaments périmés, radiologie...).
- 0,8% des aides étrangères, suédoise et américaine, qui consistent uniquement en une fourniture en équipement et matériel médical.

Au regard de ces chiffres, on peut souligner que le financement de l'Etat ne permet pratiquement à l'hôpital que de financer son personnel et que le restant des charges est uniquement financé par les excédents du RDC.

❖ Le fonctionnement du RDC (annexe 8)

En 2002/2003, les fonds de réserves du RDC ont triplé pour atteindre un solde de 198 212 157 kips en septembre 2003. Toutefois, certains mois et notamment au mois de février et lors de l'entrée et de la sortie dans la saison des pluies, les soldes mensuels étaient négatifs, la participation aux coûts de la population ne suffisant pas à couvrir les frais engagés par l'hôpital.

Pour les six premiers mois de 2003/2004, on retrouve, comparativement aux données de l'année précédente, la même tendance pour les mois ayant un solde négatif. Toutefois, on note que les sommes déficitaires ont très nettement augmenté, ce qui alerte sur le bon fonctionnement du RDC. Alors qu'au mois de mai, les fonds restants de l'année précédente avaient plus que doublé par rapport au mois d'octobre, ils ont à l'heure actuelle diminué. L'entrée dans la saison des pluies, laisse craindre que le déficit continue à se creuser.

❖ Le système de gratuité (annexe 9)

Concernant plus particulièrement le système de gratuité pour l'année 2002/2003, sur les 42 188 602 kips disponibles, la part consacrée aux pauvres n'aura été que de 56,48%, 18,5% ayant été utilisés pour les VIP (on comptabilise officiellement 5 ou 6 personnes portant ce titre) et 25,02% pour les bonzes.

Au premier semestre de l'année 2003, 13,2% des dépenses en gratuité ont servi à financer les soins de 68 VIP, alors que 18,5% ont permis de procurer des soins à 151 bonzes et que les 68,3% restants ont été consacrés à la prise en charge de 503 pauvres. Le système de gratuité est donc plus largement favorable aux VIP qu'aux indigents et bonzes, le coût moyen de prise en charge gratuite des VIP étant de 61 461 kips, de 43 108 kips pour les pauvres et de 39 019 kips pour les bonzes.

Comparativement entre 2002/2003 et 2003/2004, pour la même période, les fonds consacrés au système de gratuité ont été multipliés par environ 1,5. Les dépenses globales ayant augmenté, la part des dépenses due aux gratuits a diminué passant de 4,2% entre octobre 2002 et mai 2003 à 3,8 % entre octobre 2003 et mai 2004.

- Evaluation des résultats

Finaux : mortalité hospitalière

Au cours de la période 2002/2003, 30 décès sont survenus dans l'établissement soit un taux de mortalité hospitalière de 0,21%.

Les trois principales causes de mortalité, à l'origine de plus du tiers des décès, ont été les hémorragies cérébrales, les méningites et pneumonies (annexe 10).

Intermédiaires : évolution de l'activité hospitalière

❖ Volume de production annuelle

L'activité de l'hôpital est en augmentation, le nombre de consultations externes étant passé de 10 099 en 2001/2002 à 11 179 en 2002/2003 et celui des hospitalisations de 2 596 à 3 184 pour la même période. Si une tenue plus rigoureuse des registres peut être perçue comme un facteur explicatif de cette progression, les autres éléments ne sont pas connus.

Les données concernant le nombre d'actes opératoires par nature et le nombre de consultations par secteur ne sont pas disponibles, et compte tenu du temps imparti il n'a pas été rendu possible de les calculer à partir des registres. On peut toutefois noter que, le nombre d'actes biologiques est en augmentation passant de 7 351 en 2001/2002 à 9 093 en 2002/2003. Le nombre d'actes d'imagerie est, lui, en légère diminution puisqu'il est passé de 3 010 en 2001/2002 à 2 878 en 2002/2003. Cette diminution a concerné uniquement les échographies et ECG, aucun ECG n'ayant été réalisé durant l'année 2002/2003.

Le nombre de suivi des grossesses est resté stable entre les deux années, passant de 446 à 452, tout comme celui des accouchements passant de 425 à 448. Le nombre de césariennes a cependant augmenté, passant de 3 en 2001/2002, à 9 en 2002/2003. On remarque que le nombre des consultations post-natales est en nette augmentation, 78 en 2001/2002 contre 235 en 2002/2003.

❖ Taux d'occupation des lits

Bien que le nombre de lits ait été augmenté de cinq entre les deux années, on note une augmentation du taux d'occupation des lits passant de 34,14% à 36,94%. Les effectifs ayant été augmentés, cela ramène le rapport du nombre de lit/personnel de 1,46 à 1,34.

❖ Durée moyenne des hospitalisations

La durée moyenne des hospitalisations a quant à elle diminué passant de 3,45 jours en 2001/2002 à 2,96 jours en 2002/2003.

- Partenariat avec les autres acteurs du système de santé

Des rencontres trimestrielles sont orchestrées par le service provincial de la santé de manière à coordonner les prestations offertes par les différents échelons de la pyramide sanitaire. Des thèmes tels que la prévention maternelle et infantile, la vaccination, la lutte contre les épidémies... y sont abordés.

Concernant le transfert organisé des patients entre établissements, si ceux-ci sont extrêmement rares entre les dispensaires/hôpitaux de district et l'hôpital provincial, on en compte un à deux par an, ils le sont d'avantage avec le niveau central. En 2002/2003, 105 transferts ont été organisés vers les hôpitaux de Vientiane, et particulièrement l'hôpital de l'Amitié pour les affections traumatologiques et neurologiques.

L'organisation des transferts vers d'autres pays, et notamment la Thaïlande est laissée à la charge du patient et de sa famille.

Il n'existe à l'heure actuelle aucune concertation entre les professionnels des différents établissements du pays, relative aux conduites à tenir face aux cas difficiles.

- Evolution prévisible de l'activité

Les financements attendus de la Banque Mondiale devraient permettre de faire certains aménagements. Selon l'avis du directeur et directeur adjoint et de certains médecins, la priorité revient à la formation des professionnels : respect des guidelines, maniement des ECG, sensibilisation des infirmières auxiliaires à la communication...

En terme de réhabilitation et équipement, il conviendrait toujours selon les professionnels d'aménager un accès goudronné à l'ensemble des services, de réhabiliter le bloc opératoire, et de rapprocher la pharmacie des services d'urgence et soins intensifs qui sont diamétralement opposés. Les besoins prioritaires en équipement concernent la réhabilitation du service dentaire et l'équipement en gastroscopie.

La mise en œuvre du projet du Lux développement, initié en juillet 2004, devrait concourir à la réhabilitation de l'hôpital de Paksane. Il vise non seulement à réhabiliter certains services, qui restent à définir, mais aussi à proposer à certains employés une formation de plusieurs mois sur la maintenance des équipements.

➤ Données perçues (annexe 11)

- Indicateurs de production

L'observation de la fréquentation des différents services, sur une journée, a révélé un taux d'occupation des lits moyen de : 32,8%. Tous services de consultations confondus, 34 personnes ont été reçues en consultation.

- Indicateurs de ressources

Humaines : les prévisions en ressources humaines n'ont pas été atteintes pour 2004 et le taux d'absentéisme des professionnels reste très important.

Matérielles : les équipements vétustes, dans l'ensemble, interdisent une prise en charge de qualité, d'autant plus, que certains équipements sont sous utilisés et que la gestion des stocks pharmaceutiques inefficace entraîne de fréquentes ruptures de stock.

- Indicateurs des procédures

Droit et information du patient : les patients sont très peu informés de la finalité des soins et investigations prodiguées et leur connaissance de leur état de santé reste extrêmement sommaire. Si leur liberté est respectée, il n'en n'est pas de même pour leur droit à l'intimité et à la confidentialité.

Le dossier du patient : un outil à développer.

Prise en charge du patient

- ❖ Accès

Non seulement, l'accès à l'hôpital est rendu délicat durant la saison des pluies (la dernière portion de route n'étant pas goudronnée) mais il en est de même à l'intérieur de l'établissement.

- ❖ Qualité de l'accueil

La permanence dans l'accueil est assurée 24h/24h, 7 jours sur 7. Les capacités d'accueil étant réduites, des salles d'attente s'improvisent un peu partout.

Les Délais de prise en charge découragent les patients d'avoir recours à l'hôpital d'autant plus que le délai est fonction du niveau socio-économique du patient et de son degré d'intimité avec le personnel. Alors que les proches sont très présents, l'attention qui leur est accordée est minime.

❖ **Qualité des prestations**

Continuité : la permanence de l'offre de soins est assurée et rendue efficace par la tenue des relèves, garantes de la continuité, entre les équipes et les services. Toutefois les retards quasi systématiques des professionnels sont un frein à la continuité de la prise en charge.

Globalité : on note un cloisonnement entre les soins préventifs, éducatifs et curatifs.

Qualité : elle est loin d'être optimum au regard du respect des procédures d'hygiène et de la prise en charge médicale (consultations sommaires, non respect des protocoles...).

❖ **Sortie**

Les sorties ne sont pas planifiées, dans le meilleur des cas elles sont annoncées la veille sans spécification de l'horaire de départ.

Paiement des soins : la tarification s'applique de façon relativement homogène entre les personnes, même si l'on compte quelques privilégiés et les crédits ne sont accordés qu'à titre exceptionnel. Toutefois, le système de gratuité ne profite pas qu'aux bénéficiaires officiellement désignés.

Gestion et management :

❖ **Gestion des ressources humaines**

Elle est peu efficace en ce sens que les retards sont quasi institutionnalisés, que le recyclage des professionnels est peu pertinent, que le personnel est peu stimulé et non évalué

❖ **Gestion des ressources logistiques**

La maintenance insuffisante explique la dégradation des locaux et équipements à laquelle s'ajoute une élimination non efficace des déchets.

Les transferts vers les hôpitaux de la capitale sont quant à eux organisés de façon efficace.

❖ **Gestion du système d'information**

La tenue des registres de consultations et d'hospitalisations est très variable selon les services ce qui rend la lisibilité de l'activité réelle quelque peu difficile.

❖ **Gestion de la qualité**

Des rencontres hebdomadaires visent à harmoniser les pratiques médicales des prescripteurs et concourt à une meilleure gestion de la qualité des soins.

3.1.1.1.2. Les Dispensaires

➤ **Données objectivées**

Le district compte cinq dispensaires qui emploient, au total, seize professionnels de santé. Quatre d'entre eux sont dotés de lits d'hospitalisation et assurent une permanence sur 24 heures.

➤ Données perçues

- Une faible fréquentation qui s'accroît

Sur les cinq dispensaires que compte le district, quatre ont pu être visités, il s'agit de : Phonexay, Nongboua, Nakraolom et Souansavan. Les professionnels interrogés soulignent que la fréquentation varie de 5 à 8 personnes par jour, et l'un d'entre eux fait remarquer que si elle était de 7 à 8 l'année précédente, elle n'est plus que de 4, en moyenne, depuis qu'un cabinet privé s'est ouverte à proximité de l'établissement.

- La qualité de l'offre de soins primaires

Trois dispensaires semblent offrir un accueil de qualité, dans des bâtiments bien entretenus, tandis que le quatrième, sans approvisionnement en eau ni électricité ne permet pas d'apporter de soins corrects. La permanence dans l'offre de soins n'y est d'ailleurs pas assurée.

Les professionnels de l'hôpital provincial jugent, quant à eux, que les services rendus à la population sont minimales (les professionnels ayant un niveau de formation auxiliaire) même s'ils ne remettent pas en cause leurs qualités. Seuls les utilisateurs se sont exprimés sur la qualité des dispensaires et il leur a été, dans la grande majorité des cas, difficile de l'estimer. Ils semblent toutefois globalement satisfaits des soins offerts. L'approvisionnement en médicaments des dispensaires est apprécié, tout comme la possibilité de faire venir dans le village l'infirmière de garde.

3.1.1.1.3. Les cabinets privés

➤ Données objectivées

- L'essor de la pratique privée

Quatre cabinets privés offrent actuellement une alternative au service public de soins. Tous tenus par des fonctionnaires, en poste à l'hôpital provincial, l'un d'entre eux est un cabinet dentaire, les trois autres sont des cabinets généralistes. Parmi ces trois cabinets généralistes, l'un d'entre eux se démarque par son niveau d'équipement (laboratoire, biochimie, échographie, ECG, pharmacie importante) et son personnel. Si les deux cabinets ayant une activité plus modeste ne sont gérés que par un médecin, le fonctionnement du troisième est assuré par 8 professionnels, dont trois médecins. Ce dernier se positionne dès à présent comme une structure de référence provinciale. Notons que l'implantation d'un cinquième cabinet généraliste, tenue là encore par un médecin de l'hôpital provincial, est en cours d'approbation.

➤ Données perçues

- Des cabinets privés qui concurrencent le service de consultation de l'hôpital

C'est un doux euphémisme que de dire que les cabinets privés offrent une alternative à l'offre de soins publique, quand on sait que l'hôpital de Paksane assure en moyenne 40 consultations par jour exception faite des week-ends, où elles n'ont pas lieu, et que les cabinets, à eux trois, en assurent tout autant, si ce n'est plus, et ceci 7 jours sur 7.

Les interviews avec les responsables ont permis de mettre en évidence une disproportion flagrante des taux de fréquentation entre les cabinets privés. Si l'un d'entre eux assure 30 à 50 consultations par jour, les deux autres n'en réalisent chacun qu'entre 4 à 5 par jour.

- Une qualité des prestations vivement appréciée

Quand on interroge la population et les professionnels sur la qualité des prestations offertes par les cabinets privés, ils disent unanimement la trouver bonne. Les médecins exerçant dans les cabinets privés étant les mêmes qu'à l'hôpital, la qualité des soins est jugée aussi satisfaisante qu'à l'hôpital. Les arguments couramment avancés en faveur du recours au secteur privé plutôt qu'à l'hôpital sont : la rapidité de prise en charge, la disponibilité des

médicaments, les horaires d'ouverture, l'accueil, la prévisibilité du coût des soins et l'accessibilité géographique. Le cabinet étant le plus fréquenté étant, de surcroît, particulièrement appréciée en raison de son équipement moderne. Le délai d'attente au cabinet représente l'indice de satisfaction le plus massivement exprimé par les enquêtés. Les patients sont reçus rapidement et les médicaments leur sont délivrés facilement dans les meilleurs délais. De l'avis général, dans les cabinets privés les médecins savent « guérir vite ». Ceux qui vivent à la campagne apprécient cette rapidité des soins car elle leur permet de retourner au village le jour même. Il a toutefois été rapporté qu'en raison du nombre élevé de patients consultant le samedi et le dimanche dans l'un des cabinets privés, il arrivait de devoir attendre plus d'une heure avant de voir un médecin.

Les heures et jours d'ouverture des cabinets privés (en principe entre 6h/7h30, 11h30/13h puis après 16h la semaine, et de 6h à 20h le samedi, de 6h à 13h et de 18h à 22h le dimanche) sont également très appréciés. Ils permettent, entre autres, aux fonctionnaires de pouvoir aller consulter sans devoir prendre sur leur temps de travail.

Les enquêtés sont enfin particulièrement satisfaits de l'attention que leur porte le médecin qui peut, au cabinet privé, se « concentrer » réellement sur eux.

Plus de la moitié des enquêtés a déclaré également choisir les cabinets privés pour leur facilité d'accès, deux d'entre eux et notamment le plus fréquenté étant établi sur la route n°13.

Une visite au cabinet privé a permis de constater la qualité de l'accueil : locaux modernes et bien agencés, disponibilité du personnel, niveau d'équipement moderne, pharmacie abondante...

Si ces cabinets constituent, dès à présent, le premier recours aux soins de nombreux villageois pour les raisons que nous venons de citer, il ne faut pas oublier qu'un partenariat informel s'est également établi avec l'hôpital, puisqu'elles pallient aux ruptures de stock de l'établissement. Selon les propos tenus par les professionnels et la population, c'est dans le cabinet le plus fréquenté, que les usagers de l'hôpital de Paksane s'orientent majoritairement lorsqu'ils trouvent indisponibles à la pharmacie de l'hôpital, les médicaments prescrits.

3.1.1.1.4. Les pharmacies

➤ Données objectivées

- Une tendance à la professionnalisation

Le nombre de pharmacies a considérablement diminué en l'espace d'un an, passant de trente et une en 2002 à dix-sept en 2003. La stratégie nationale de réduction des pharmacies de types 3 a pris tout son sens dans le district, car les fermetures n'ont concerné que cette catégorie. On dénombre donc actuellement seize pharmacies de type 3 et une de type 1. L'objectif fixé par le service de la santé du district pour 2004 est de poursuivre la réduction des pharmacies de type 3 tout en encourageant l'ouverture de trois pharmacies de type 2. Bien que la législation vise à réglementer l'offre pharmaceutique et qu'il revienne au district la responsabilité d'assurer cette fonction, une seule inspection a eu lieu en 2003.

A cette offre formelle, s'ajoute la vente, non réglementée, de médicaments sur les marchés, dans les échoppes par des personnes n'ayant aucune compétence pour le faire.

➤ Données perçues

- Une qualité variable selon les établissements

Les professionnels de l'hôpital provincial estiment que la qualité des produits commercialisés dans les pharmacies de type 3 est variable et dépend grandement du fournisseur. La semaine précédant le début des entretiens avait été marquée par l'hospitalisation de trois personnes pour des troubles liés à l'automédication. Mal informés des posologies à respecter, les patients présentaient des ulcères liés à une sur utilisation de corticoïdes et d'aspirine.

La population s'étant exprimée sur la qualité des pharmacies - quel qu'en soit le niveau - s'est déclarée satisfaite du service offert. Les personnes interrogées apprécient les conseils donnés par le vendeur et la rapidité de la transaction. Elles permettent également, pour un petit nombre d'enquêtés, de se fournir en cas de rupture de stock à la pharmacie de l'hôpital.

3.1.1.1.5. La médecine traditionnelle

➤ Données objectivées

- L'intégration de la médecine traditionnelle dans l'offre de soins formelle

La médecine traditionnelle prend place dans l'offre de soins informelle, quatorze thérapeutes sont officiellement recensés dans le district, mais aussi dans l'offre formelle, comme en témoigne l'existence d'un service de médecine traditionnelle au sein de l'hôpital provincial.

➤ Données perçues

- Un recours à la médecine traditionnelle plus fréquent en zone rurale qu'urbaine

Le rapport à la médecine traditionnelle diffère selon les enquêtés. Si les citoyens se disent majoritairement réticents à l'idée d'utiliser des produits issus de la médecine traditionnelle, il en va de même pour les professionnels de l'hôpital et les personnes ayant un niveau d'étude supérieur. Les habitants des zones rurales sont eux beaucoup plus consommateurs de ce genre de produits, non seulement parce que cette médecine constitue dans bien des cas l'offre de soins la plus accessible géographiquement et financièrement (gratuité ou dons de fleurs, bougies aux thérapeutes) mais aussi parce qu'elle est reconnue dans son efficacité. Le médecin traditionnel de l'hôpital de Paksane estime que 40% de la population urbaine a recours à ce type de médecine contre 85% de la population rurale.

3.1.1.2. Tarification des actes affichée et effective des différents prestataires de soins

Coûts des prestations

Du fait de la mise en place du RDC, les consommables facturés aux patients au sein de l'hôpital et des dispensaires sont majorés d'environ 30% par rapport aux prix affichés dans les pharmacies. On note toutefois des variations sensibles de tarifications entre elles, liées, entre autres, à la provenance des médicaments et aux fournisseurs avec lesquels la pharmacie contractualise. Les prix pratiqués dans les cabinets privés ne connaissent aucune réglementation, mais s'alignent de manière générale sur la tarification de l'hôpital ou sont majorés. En interrogeant les responsables de chacune d'entre elles, on s'aperçoit que les prix sont adaptés à la capacité contributive du patient. Autrement dit, pour une même prestation, le service sera facturé plus ou moins cher selon l'appartenance socio-culturelle du malade. Cette réalité est formulée ainsi par un villageois : « au cabinet privé, tout n'est pas « compté » unitairement comme à l'hôpital ». Il est intéressant de soulever que la certitude de ne pouvoir être hospitalisé dans les cabinets privés, en fait de toute façon, aux dires des enquêtés, la meilleure des options dans le rapport qualité/prix.

Une étude plus approfondie des débours moyens des patients de l'hôpital a été réalisée et permet d'appréhender les variations de participation aux coûts en fonction des prestations (annexe 12).

Modalité de paiement des prestations

Si à quelques rares exceptions près (professionnels de santé de l'établissement), les crédits ne sont pas accordés à l'hôpital et que seuls les flux monétaires sont acceptés, il n'en n'est pas de même dans les cabinets privés et les pharmacies. La possibilité d'étaler les paiements, de ne pas payer en liquide (quelques enquêtés), et de « contracter la dette avec le docteur » au cabinet privé est d'ailleurs fortement appréciée par la population, même si le prix est souvent considéré comme plus cher qu'à l'hôpital.

3.1.1.3. Besoins non couverts par l'offre de santé existante

La place primordiale de l'hôpital dans l'offre de soins de la zone

L'hôpital de Paksane étant la structure de référence au niveau provincial, il revient à dire que les prestations non couvertes par l'établissement représentent les besoins non couverts à l'échelle de la zone, exception faite des soins dentaires. En effet, si l'équipement hospitalier quasi inexistant interdit toute pratique réelle de la discipline, le cabinet dentaire y pallie en partie, n'étant pas équipée en radiologie.

L'incapacité à faire face aux accidents de la route, pourtant en augmentation constante

Les entretiens menés ont mis en évidence que l'établissement était en l'état actuel des choses dans l'incapacité de répondre aux besoins liés à la chirurgie neurologique et traumatologique, (seules les fractures simples peuvent faire l'objet d'une prise en charge), par manque d'équipement (absence de scanner) et de spécialistes. Aucun centre de rééducation digne de ce nom n'existe à l'échelle de la province, seul le service de kinésithérapie de l'hôpital y participe.

L'effort à consentir dans le traitement des affections cardiaques, digestives et ophtalmologiques

Le niveau de formation des spécialistes et l'absence d'équipement (gastroscopie) ou de leur utilisation (ECG), rendent inefficace la prise en charge des maladies cardiaques et gastriques aggravées. De plus, la venue annuelle, au sein de l'établissement, d'une équipe de spécialistes en ophtalmologie ne suffit pas à couvrir les besoins de la population. Enfin, de l'avis des enquêtés, l'hôpital ne serait pas en mesure de traiter efficacement les douves, leptospiroses, dengue hémorragique et cancers autant dire des pathologies ayant un pronostic vital bien souvent défavorable.

3.1.2. Conditions relatives à la gestion du système

3.1.2.1. Modalités de recouvrement des cotisations et de prise en charge souhaitées

Modalités de recouvrement des cotisations

L'avis des personnes interrogées relatif à la périodicité de perception des cotisations, est qu'il serait préférable d'établir des cotisations mensuelles, plus en adéquation avec les capacités d'épargne des ménages. Les enquêtés estiment que ce recouvrement devrait être assuré par les chefs de groupe dans les villages avant d'être centralisé par le chef de village lui-même.

Modalité de paiement des prestations par l'assurance santé

Deux modalités de paiement des prestations, par l'assurance santé, ont été proposées aux enquêtés : paiement du montant des soins par le patient et remboursement ultérieur ou instauration d'un système de tiers payant. Les enquêtés se sont unanimement prononcés en faveur de la seconde alternative. Plusieurs raisons ont été avancées pour justifier ce choix. Cette option évite, en effet, au patient d'avoir à disposer de la somme nécessaire au paiement des soins, annule le délai de remboursement et simplifie considérablement les démarches administratives (d'éventuels adhérents, analphabètes, rencontreraient de surcroît des obstacles dans les démarches à entreprendre pour le remboursement).

3.2. Analyse de la faisabilité technique

3.2.1. L'offre et la demande de soins

3.2.1.1. Le recours aux soins

Pour être attractive, une assurance santé doit contractualiser avec les prestataires de soins identifiés par la population comme répondant efficacement à leurs besoins. Or, l'offre de

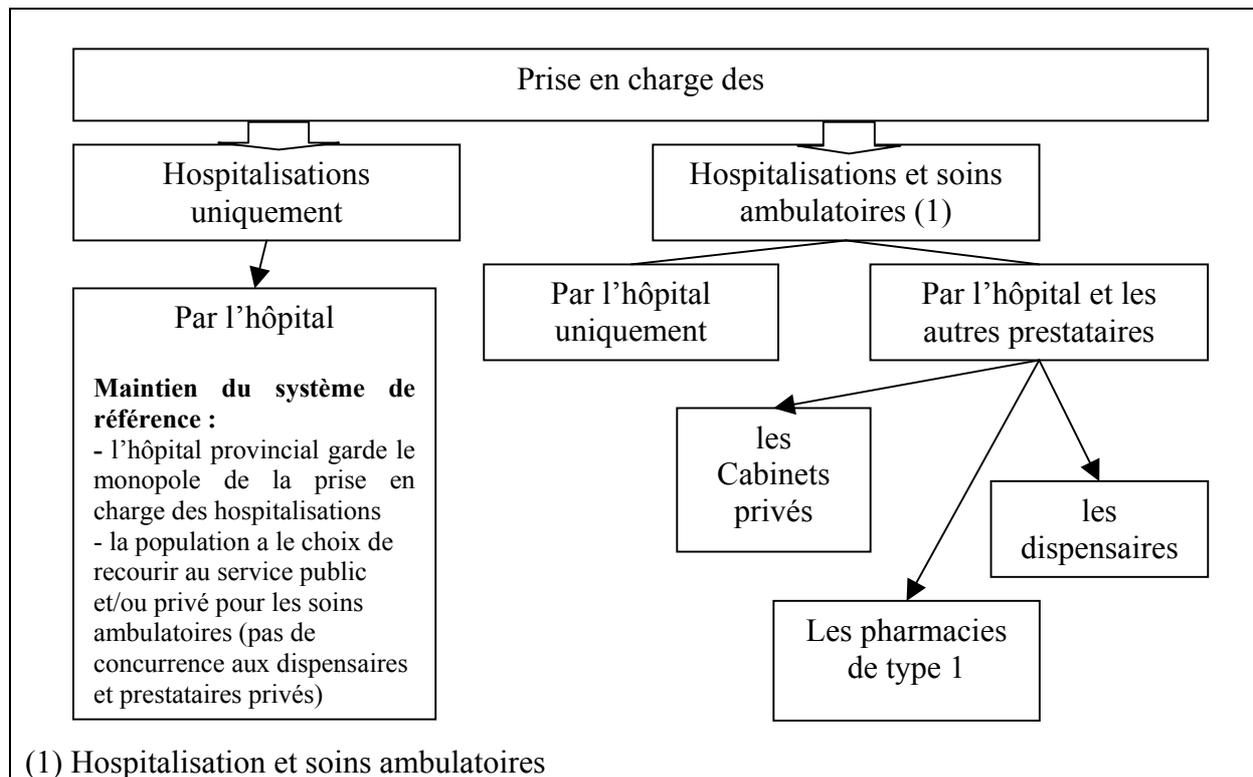
soins de la zone se caractérise par son dualisme. D'un côté, un secteur privé en pleine expansion offrant des soins ambulatoires jugés de bonne qualité par les enquêtés, de l'autre, un service public, incontournable pour le recours à l'hospitalisation (il est le seul à pouvoir prendre en charge les gros risques), mais ne satisfaisant pas entièrement la population.

Schématiquement, on peut dire qu'il existe deux variables principales agissant sur la demande de structures sanitaires :

- la **gravité** de la maladie : choix d'orientation vers l'**hôpital**,
- la **rapidité** du service : choix du **cabinet privé** ; cette variable agissant positivement sur la demande (parfois au détriment de la première).

Les résultats montrent également qu'en choisissant le cabinet privé, le malade évite intentionnellement d'être hospitalisé (risque financier majeur). On peut avancer deux hypothèses, soit il existe chez le malade l'idée d'une sur prescription des hospitalisations injustifiées à l'hôpital, soit la représentation de l'hôpital dans l'inconscient collectif est étroitement lié à l'hospitalisation : variable qui agit négativement sur la demande. Toutes ces variables agissent significativement et positivement sur la probabilité de choix des cabinets privés par les enquêtés, au moins pour ceux qui y ont accès.

3.2.1.2. Les scénarii de contractualisation avec les différents partenaires



Etablissement contractualisant	Avantages et inconvénients à la contractualisation
Hôpital uniquement	<p>- En admettant que l'hôpital soit en mesure de fournir les consommables prescrits, on induirait une amélioration de la qualité du service médical (diagnostic effectué par un professionnel) et des produits consommés par les adhérents (limite l'approvisionnement en provenance des marchés et pharmacies de type trois).</p> <p>- Pas de crainte de la part des responsables des cabinets privés de voir leur activité privée réduite puisque selon eux la meilleure adéquation des services offerts en privé avec les attentes des patients (horaires d'ouverture, qualité de l'accueil, rapidité...) devrait suffire à maintenir le recours préférentiel des adhérents au secteur privé pour les soins ambulatoires. Toutefois, si la contractualisation unique avec l'hôpital induisait une réduction de leur activité privée, il serait à craindre un désengagement progressif du service public de leur part. Or les enquêtés s'accordent à dire qu'ils ne fréquenteraient plus les prestataires privés pour les soins ambulatoires en cas d'une contractualisation exclusivement hospitalière.</p> <p>- Se pose alors la question de la légitimité à orienter les patients vers un service public qu'ils jugent de moins bonne qualité.</p> <p>- Réduction certaine de l'activité des dispensaires, déjà limitée, d'autant plus problématique qu'elle irait à l'encontre de la politique actuelle de développement des structures répondant aux besoins de santé primaire.</p>
<p>Hôpital et autres prestataires :</p> <p><u>Cabinets privés</u></p> <p><u>Dispensaires</u></p> <p><u>Pharmacie de type 1</u></p>	<p>- Répond à la demande des enquêtés en leur laissant le libre choix de la structure à fréquenter pour les soins ambulatoires.</p> <p>- Responsables des cabinets privés favorables à l'idée de se voir associés à un éventuel projet.</p> <p>- Les soins dentaires pourraient être pris en charge par le cabinet privé spécialisé et ainsi pallier les manques de l'hôpital.</p> <p>- Crainte d'un engouement des adhérents pour les établissements privés avec à moyen terme une remise en cause de la pertinence de l'offre de soins ambulatoires à l'hôpital.</p> <p>- Qualité des soins prodiguée à nuancer (aucune évaluation des établissements privés n'a jamais été réalisée par les services locaux de la santé. Ceci pose d'autant plus question que la course aux profits, inhérente à tout système privé, encourage les professionnels à fonder leur choix des fournisseurs de médicaments sur des critères d'attractivité financière et non pas de qualité. De plus, il n'y a pas de respect des guidelines par les prescripteurs privés).</p> <p>- Difficulté à contrôler la véracité de l'activité déclarée des prestataires privés (pas de registre, pas de tarification fixe, pas de contrôle).</p> <p>- Maintien du cheminement du patient dans la pyramide sanitaire (notamment celui des personnes vivant dans les zones reculées).</p> <p>- Qualité des dispensaires non homogène</p> <p>- Procure des médicaments de qualité sous le contrôle d'un pharmacien diplômé.</p>

Propositions : tant que l'hôpital de Paksane ne sera pas en mesure d'assurer un approvisionnement efficace de sa pharmacie, un partenariat avec l'établissement ne sera pas envisageable. Cependant, si un accompagnement de l'amélioration de la gestion du RDC était

réalisé, à travers un soutien technique aux instances de décision, la mise en œuvre d'un partenariat deviendrait envisageable.

Reste à définir les prestations à couvrir : hospitalisation et/ou soins ambulatoires.

Si l'intégration des soins ambulatoires apparaît souhaitable, la réalité de l'offre de soins rend leur prise en charge délicate.

- Ne contractualiser qu'avec l'hôpital pour la couverture des consultations est problématique à différents égards. Tout d'abord, cette alternative est loin de satisfaire les enquêtés qui préfèrent d'ores et déjà s'orienter vers le secteur privé pour la prise en charge des soins ambulatoires. De plus, il est à craindre également qu'une situation de monopole n'engage pas les fonctionnaires à améliorer le niveau de prestations de l'hôpital, car au-delà de la négociation des prix, l'assurance n'a que peu de moyen d'imposer le respect des normes de qualité. Enfin une contractualisation exclusive avec l'hôpital induirait une déstructuration de l'organisation sanitaire en dissuadant les adhérents de consulter dans les dispensaires et d'avoir recours aux prestataires privés, avec tout ce que cela suppose de désengagement à l'hôpital des fonctionnaires ayant une activité privée parallèle.
- A l'inverse, l'intégration des autres prestataires (cabinets privés, dispensaires, pharmacie de type 1) augmente considérablement les frais de gestion et reste problématique tant que les prestations offertes ne sont pas homogènes aussi bien sur la base de la qualité, que des tarifs.
- Force est de constater que même si elle est souhaitable, l'intégration des soins ambulatoires, du fait de la multiplicité des acteurs impliqués, rend actuellement leur prise en charge difficilement envisageable... et ceci indépendamment du surcoût des cotisations, a priori incompatible avec la volonté de paiement affichée.

3.2.2. La gestion

3.2.2.1. Instances de décision

De manière à ce que le caractère mutualiste d'une assurance santé soit reconnu, elle doit s'inscrire dans une dynamique sociale. Autrement dit, si l'on assigne certains devoirs aux adhérents, des droits et notamment celui de prendre place dans la gestion et le fonctionnement de la structure doivent leur être garantis. C'est de cette approche basée sur la communauté, consciente de ses responsabilités, que dépend le succès de l'assurance santé. Reste à savoir comment ce mouvement social peut être envisagé, puisqu'il dépend à l'évidence du cadre politique dans lequel il s'inscrit.

- Points positifs

L'organisation sociale est orchestrée de telle façon, que les représentants de la communauté, légitimés par elle et reconnus par l'Etat, sont naturellement désignés par les enquêtés comme étant les chefs de village et les chefs de groupe à plus petite échelle.

- Points négatifs

- Au regard de ce que sont devenues les instances de décision du RDC, on est en droit de s'interroger sur le crédit à apporter à son mode de gouvernance. Rappelons que depuis sa création, le Comité de contrôle ne s'est réuni qu'à une seule occasion. Parallèlement, le Conseil de gestion, ne respecte pas la fréquence des réunions initialement instituée et ne compte pas parmi ses membres de représentants directs de la communauté (les représentants des organisations de masse étant intimement liés aux instances politiques). L'implication de la population est donc restée lettre morte, sa participation se limitant à une contribution financière. Les choix concernant l'attribution des revenus ne tient qu'à

quelques individus, soumis à leur seul jugement. Ce constat est d'autant plus alertant qu'il semblerait que les options choisies mettent en péril la pérennité du système.

- L'évaluation des trois expérimentations d'assurance santé à base communautaire menées par l'OMS, conduit au même constat. La participation de la population à travers la représentativité des chefs de villages n'est pas atteinte. Sans vouloir conclure qu'il y ait de lien de cause à effet, on notera seulement que les hypothèses d'adhésion, elles non plus, ne sont pas atteintes.
- Le crédit apporté par la population, aux représentants de l'Etat est entaché par deux réalités : la corruption est un état de fait et les expériences d'assurance santé des fonctionnaires, sous contrôle exclusif de l'Etat, sont loin d'être probantes. Ceci contribue à entretenir les craintes, exprimées par les populations, de voir leurs cotisations utilisées à mauvais escient.

Propositions : ce serait avoir une vision normative de ce que doivent être les rapports entre société civile et gouvernement, que de s'autoriser à penser qu'une assurance santé à caractère mutualiste doit être autogérée au Laos. Ceci étant, si l'implication de l'Etat dans les organes de décision est incontournable, elle ne doit pas faire oublier qu'une représentativité effective et efficace des adhérents, dans ces mêmes instances, conditionne le succès de l'assurance santé. Donc, si la participation du district ne peut être occultée, la représentation de la communauté des membres peut toutefois être assurée en soumettant la composition du Conseil d'Administration à l'avis ou au vote des Comités de villages qui adhéreront à l'assurance santé. Les Comités de village bénéficient, en effet à la fois, de la confiance de la population, tant pour la gestion que pour la promotion de l'assurance, et de la bienveillance du district.

Les expériences du RDC l'attestent, pour que la gestion du système soit optimale, les membres des instances de décisions, devront bénéficier d'un appui technique extérieur (apprentissage du suivi des indicateurs financiers, réajustement du montant des primes, anticipation des pertes...) non seulement pendant la phase de lancement de l'assurance santé, mais aussi durant les premières années de son fonctionnement. Enfin, pour que la participation des représentants des adhérents ne soit pas un pur simulacre, une attention toute particulière devra être portée à une transmission des compétences en leur direction.

3.2.2.2. Statut juridique

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun statut juridique au Laos propice à l'établissement d'une assurance santé à caractère mutualiste. Si il est envisageable de se limiter, dans un premier temps, au recueil d'une autorisation informelle auprès des autorités ministérielles (comme cela fut le cas lors de la mise en place du RDC), un décret devra par la suite légitimer le fonctionnement du système.

3.2.2.3. Recouvrement des cotisations

Les modalités de recouvrement des cotisations choisies devront tenir compte du fait que l'expérimentation s'implante en zone rurale.

Des mécanismes de recouvrement de cotisations visant à assurer certains risques sociaux, autres que la maladie, sont déjà en place dans la très grande majorité des villages de la zone. Cette organisation efficace pourrait servir de support aux recouvrements des cotisations de l'assurance. Les chefs de groupe collecteraient donc les cotisations des adhérents avant de les reverser aux chefs de villages. Cette organisation requiert toutefois la participation de nombreux acteurs ce qui rend sa gestion plus complexe.

SYNTHESE DE LA FAISABILITE

Les stratégies de financement des dépenses de santé mises en place par les enquêtés permettent, dans une large mesure, de prémunir les ménages contre des exclusions définitives à l'accès aux soins. Cependant, il n'est pas rare que le recours aux services de santé occasionne des décapitalisations, parfois massives, qui maintiennent/entraînent les populations dans des situations précaires, ou les fasse basculer dans la pauvreté. On perçoit donc l'enjeu d'intégrer une assurance santé au schéma sanitaire actuel dans une optique de développement social et de promotion de la santé. Reste que l'existence de certains préalables est indispensable à la viabilité du système.

1. TAUX D'ADHESION SUFFISANT PROBABLE

Bien que le concept assurantiel ne soit pas compris de tous, il semblerait que son acceptation par la population puisse se vérifier au prix d'une large communication en direction des villageois.

Au-delà de cette adhésion au principe, les capacités contributives mensuelles des ménages sont homogènes et si leur faible montant interdit une prise en charge globale des prestations de santé, ils s'accordent sur la définition des besoins prioritaires de la communauté, qui coïncident de surcroît avec les données objectivées.

Cette prise en compte de la demande devrait faciliter le choix des prestations à couvrir et garantir un plus fort taux d'adhésion.

2. LE DILEMME DES PRESTATIONS A COUVRIR

C'est enfin et surtout de la qualité de l'offre de soins, proposée aux adhérents, que dépendra l'attractivité du produit.

Nous l'avons vu, l'éventualité qui paraît optimale et qui de plus est en adéquation avec la demande de la population, est de proposer une prise en charge des soins hospitaliers et ambulatoires en établissant un partenariat avec l'hôpital, les cabinets privés, l'unique pharmacie de type 1 et les quatre dispensaires (en excluant celui qui n'offre pas des soins de qualité) pour les soins ambulatoires. Or en l'état actuel des choses, cette éventualité n'est pas envisageable et bien qu'une prise en charge exclusive des hospitalisations ne soit pas sans possibles effets négatifs, elle apparaît être, à court terme, la seule solution réaliste.

3. QUALITE DE L'OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE

Mais revenons sur la qualité de l'hôpital de Paksane qui s'impose, en tout état de cause, comme le partenaire incontournable. La qualité des prestations fournies à l'hôpital, qu'elle soit objectivée ou perçue ne fait pas l'unanimité. Cette perception du service rendu par l'hôpital est d'autant plus importante qu'elle conditionne, rappelons le, l'adhésion à l'assurance.

Certaines OSI ont cependant choisi de contractualiser avec des prestataires n'offrant pas forcément des soins de qualité, en faisant le pari qu'un mouvement mutualiste concoure à l'amélioration de l'offre de soins. Or, l'analyse des expériences, retracé par Letourmy (43) stipule que « les organismes qui ont réussi se sont associés à des formations de qualité ». A cette analyse de la littérature qui encourage à être prudent quant à une contractualisation trop hâtive, s'ajoutent d'autres réalités qui sont apparues lors de l'analyse du fonctionnement de l'établissement. Les obstacles à la mise en œuvre étant intimement liés à la gestion qui est faite du RDC, nous reprendrons les points essentiels de ce dysfonctionnement.

Avant tout, la gouvernance du système est défaillante en ce sens que le Comité de contrôle n'a d'existence que juridique et que la participation de la communauté aux instances de décision n'a jamais trouvé de réalité. Ceci est d'autant plus regrettable que les ruptures de stock persistent et que les orientations prises dans l'allocation des excédents du RDC ne semblent pas opportunes. En effet, depuis octobre 2003, alors que l'établissement doit faire face à une augmentation de ses charges (du fait de l'accroissement de son activité), l'option choisie a tout de même été celle d'augmenter la part des recettes consacrées aux primes des professionnels. Cette stratégie, si elle se légitime au regard des maigres salaires perçus par les fonctionnaires, n'en reste pas moins problématique puisque les dépenses globales engagées sont supérieures aux recettes du RDC.

Il faut rappeler qu'une augmentation des charges de l'hôpital est à prévoir en cas de contractualisation avec l'assurance, l'implantation de celle-ci amenant bien souvent à un accroissement du recours aux soins. Les fonds alloués par l'Etat ne permettant pas d'assumer ces frais, il sera donc primordial d'ajuster les tarifications des actes annoncées par l'hôpital afin d'avoir une estimation du coût réel. Sans quoi on induirait un déséquilibre financier de l'hôpital, qui conduirait à une diminution de la qualité des soins, préjudiciable à l'assurance elle-même.

4. RECOMMANDATIONS

La mise en place d'une assurance santé alors que l'organisation de l'offre de soins ne s'y prête pas, risquerait de créer une déception des adhérents et de compromettre, à plus long terme, l'acceptation des principes de la protection sociale. Il est donc recommandé avant la mise en place du projet :

- d'apporter un soutien à la gouvernance du RDC (qui devrait permettre entre autre de mettre un terme aux ruptures de stocks)
- d'améliorer la qualité de l'accueil des patients (délais d'attente, manque de considération et d'explications...)
- de réhabiliter l'hôpital (le programme initié en juillet 2004 par le Lux développement pourrait peut-être y concourir),
- d'initier un débat autour de la prise en charge des indigents, de renforcer la capacité du RDC à les prendre en charge gratuitement conformément à la loi, et de sensibiliser les membres du gouvernement et la population aux avantages et inconvénients des systèmes volontaires par rapport aux systèmes obligatoires,
- d'identifier les personnes qui seront en mesure de faire partie du comité de gestion de l'assurance santé à caractère mutualiste et de les former de manière à ce que leur participation soit effective.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, l'implantation d'une assurance santé, dans le district de Paksane, permettrait de réduire les effets négatifs occasionnés par la mise en œuvre du système de recouvrement des coûts.

Or, s'interroger sur la thématique du financement des soins de santé par les ménages, alors que l'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins ne sont pas efficaces, ne semble pas très pertinent, d'où la nécessité de tendre, en premier lieu, vers la mise en place de programmes visant à atteindre les préalables précédemment cités. Les résultats de l'évaluation informelle des trois sites pilote du projet CBHI de l'OMS illustrent d'ailleurs la pertinence des constats présentés dans l'étude (compréhension du concept et adhésion au prix de larges campagnes de communication, capacité contributive des ménages avoisinant les 10 000 à 20 000 Kips...) et apportent un certain crédit aux recommandations émises : mode de gouvernance laissant peu de place à la communauté, nécessité d'une offre de soins de qualité pour être attractif...

Une fois ces conditions réalisées, il conviendra de déterminer les objectifs de l'assurance santé. Vise-t-elle la réduction des fortes décapitalisations (et donc évite l'accroissement du nombre des pauvres), ou l'amélioration de l'accès aux soins (c'est l'objectif du projet pilote mené avec l'OMS, qui assure l'ambulatoire et l'hospitalisation, et vise à augmenter le recours au système de soins)...? Les promoteurs ne pourront faire l'économie de cette réflexion puisque c'est de ces objectifs que dépendront les orientations choisies et, de fait, la pertinence du projet.

Au regard des expérimentations de l'OMS sur les trois sites, on constate que ce qui concourt aux succès de l'un ne se vérifie pas forcément pour les deux autres. Il serait donc illusoire de vouloir répliquer ces modèles, d'autant plus que dans ces expérimentations les prestataires contractants sont les hôpitaux de district. Cette variante est de taille car elle explique qu'à même hauteur de cotisations, la prise en charge des soins ambulatoire et hospitalier soit rendue possible alors qu'elle ne permettrait de couvrir que les soins hospitaliers à l'hôpital de Paksane (équipement réduit dans les hôpitaux de district, motifs de recours aux soins moins sévères, liste des médicaments différents selon les échelons administratifs et prix proportionnel au niveau de référence...). Il n'est cependant pas certain que les primes d'assurance du projet CBHI permettent effectivement d'équilibrer les dépenses de soins : un déficit du budget hospitalier sur les sites pilotes est à craindre, notamment lié à la surconsommation de soins des assurés (essentiellement en ambulatoire), aux sur-prescriptions des professionnels, et à l'insuffisance du montant des cotisations... Il apparaît donc aujourd'hui, au terme de l'étude menée dans le contexte de Paksane, que seule une assurance couvrant le « gros risque » d'hospitalisation, est réaliste et possible.

Nous souhaitons rappeler que l'implantation d'une assurance santé à caractère mutualiste devrait être envisagée dans une dynamique de développement social et à ce titre, offrir un cadre à la participation de la communauté. Dans quelle mesure l'Etat lao est-il prêt à consentir une prise de pouvoir de la population ? Cela reste à définir et nécessitera l'élaboration d'un cadre juridique adapté.

L'implantation d'une assurance santé, en apportant des modulations dans l'organisation du système de santé, ne doit pas faire oublier la reconnaissance du droit aux soins pour tous et la réduction des inégalités dans l'accès aux soins. L'assurance universelle et obligatoire est seule à même d'assurer cet accès équitable aux services de santé, et tout particulièrement pour les pauvres. Il s'agit cependant de s'adapter avec réalisme aux situations locales : le poids de l'économie informelle et la quasi absence d'imposition au Laos rendent, en l'état actuel des choses, la mise en œuvre d'un tel système extrêmement difficile. L'assurance volontaire apparaît donc pour le moment être la seule modalité assurantielle envisageable et semble satisfaire les autorités. Soutien à relativiser toutefois puisque sur les 80 personnes invitées au séminaire de restitution de l'étude, au Ministère de la Santé à Vientiane, la participation

effective au débat n'aura concerné qu'une minorité d'entre elles. Cette alternative laisse cependant sans réponse la question de la prise en charge des indigents, comme dans la plupart des systèmes de micro-assurance où la population couverte est infime (1 000 adhérents) et destinée aux classes moyennes. Cette question de la prise en charge des indigents reste cependant incontournable et appellera sans doute une réponse d'ordre politique, puisqu'on ne peut occulter la responsabilité de l'Etat dans la lutte nationale contre la pauvreté. Soumis aux orientations de la Banque mondiale et du FMI, le gouvernement lao est particulièrement sensible à cette question.

Il faut enfin mentionner qu'un projet d'assurance obligatoire est à l'étude pour 2005 et qu'il serait intéressant d'assurer l'accompagnement des responsables du ministère de la santé vers une compréhension des enjeux liés aux systèmes d'assurance obligatoire ou volontaire.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Comité de Coopération avec le Laos. Rapport de mission CCL/AG2R/ICOSI. Paris : CCL ; mars 2003
- (2) Comité de Coopération avec le Laos. Etude préalable pour la mise en place d'une expérimentation d'une assurance santé à caractère mutualiste au Laos : présentation et demande de financement au F3E. Paris : CCL ; novembre 2003
- (3) Maury H. Mission exploratoire sur le thème de l'assurance maladie au Laos : rapport de mission. Paris : CCL ; novembre 2001
- (4) Seignalet C. Bilan de la situation actuelle et de l'intervention du CCL : projet d'appui technique aux hôpitaux de province et de district, province de Bolikhamsay. Vientiane : CCL ; 1996
- (5) Chanemougame Z. Hôpital provincial de Paksane : rapport d'activités juin 1992-mars 1994. Vientiane : CCL ; 1994
- (6) Ambassade de France. Mémento sur le Laos. Vientiane : Ambassade de France ; 2001
- (7) Fève N, Milledrogues L. Le grand guide du Laos et du Cambodge. Singapour : Gallimard ; 2002
- (8) Souk-Aloun P. Histoire du Laos moderne (1930-2000). Paris : l'Harmattan ; 2002
- (9) Sisouphanthong B, Taillard C. Atlas de la République Démocratique Populaire du Laos : les structures territoriales du développement économique et social. Paris : CNRS-GDR Libergéo et La Documentation française ; 2000
- (10) Dessallien C, Nachtigal J, Venet B. L'aide française au Laos: évaluation de la politique française: 1988-2000). Paris : Ministère des Affaires Etrangères ; 2002
- (11) Sisouphanthong B, De Sousa M, Van Gansberghe. National human development report Lao PDR 2001: advancing rural development. Vientiane : UNDP; 2001
- (12) Cordellier S, Didiot B, Netter S. L'état du monde 2003 : annuaire économique et géopolitique mondiale 22^{ème} édition. Paris : La découverte et Syros ; 2002
- (13) Nations Unies. Les pays les moins avancés : rapport 2002, échapper aux pièges de la pauvreté. Genève : Nations Unies ; novembre 2002
- (14) Sisouphanthong B. Rapport 2002. Vientiane : Lao National Statistical Center, Committee for Planning and Cooperation ; 2003
- (15) Mignot F. Santé et intégration nationale au Laos : rencontre entre montagnards et gens des plaines. Paris : l'Harmattan ; 2003
- (16) Ministère des affaires étrangères, direction générale de la coopération internationale et du développement. Laos : appui au dispositif de formation des personnels de santé. Vientiane : Ministère des affaires étrangères ; 2000

- (17) OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2004 : changer le cours de l'histoire. Genève : OMS ; 2004
- (18) Goudineau Y. Ethnologie et développement au Laos. Paris : IRD ; 2001
- (19) Doucin M. Guide de la liberté associative dans le monde : les législations des sociétés civiles de 133 pays. Paris : La documentation Française ; 2000
- (20) Brussollet G, Joyaux F. Le Laos. Paris : La Documentation Française ; 1969
- (21) Dumoulin J. L'économie du système de santé du Laos. Grenoble : IRPED ; 1994
- (22) Japan International Cooperation Agency, Ministry of health the Lao People's Democratic Republic. The study on the improvement of health and medical services in Lao People's Democratic Republic: final report volume 2. Tokyo: JICA ; 2002
- (23) Japan International Cooperation Agency, Ministry of health the Lao People's Democratic Republic. The study on the improvement of health and medical services in Lao People's Democratic Republic: final report volume 4. Tokyo: JICA ; 2002
- (24) Organisation Mondiale de la Santé. Indicateurs du millénaire
- (25) Logoeyte JP. Formation des personnels de santé : monter un projet au Laos et dans les Pays du Mékong. Paris : Scripta France Pays du Mékong ; 2002
- (26) Condominas G. Le bouddhisme au village. Vientiane : éd. des Cahiers de France ; 1998
- (27) Organisation Mondiale de la Santé. Issues in health financing, Insurance and capitation in Laos. Vientiane : OMS; 2002
- (28) Service de la santé provinciale de Borikhamxay. Rapport 2003. Pakxan ; Service de la santé provinciale de Borikhamxay ; 2003
- (29) Sisouphanthong B. Rapport 2002. Vientiane : Lao National Statistical Center, Committee for Planning and Cooperation ; 2003
- (30) Sisouphanthong B, Taillard C. Atlas de la République Démocratique Populaire du Laos : les structures territoriales du développement économique et social. Paris : CNRS-GDR Libergéo et La Documentation française ; 2000
- (31) Service de la santé du district de Borikhamxay. Rapport 2003. Pakxan : Service de la santé du district de Borikhamxay ; 2003
- (32) Sisouphanthong B, De Sousa M, Van Gansberghe. National human development report Lao PDR 2001: advancing rural development. Vientiane : UNDP; 2001
- (33) Hours B, Selim M. essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain : marché, socialisme et génies. Paris : l'Harmattan ; 1997

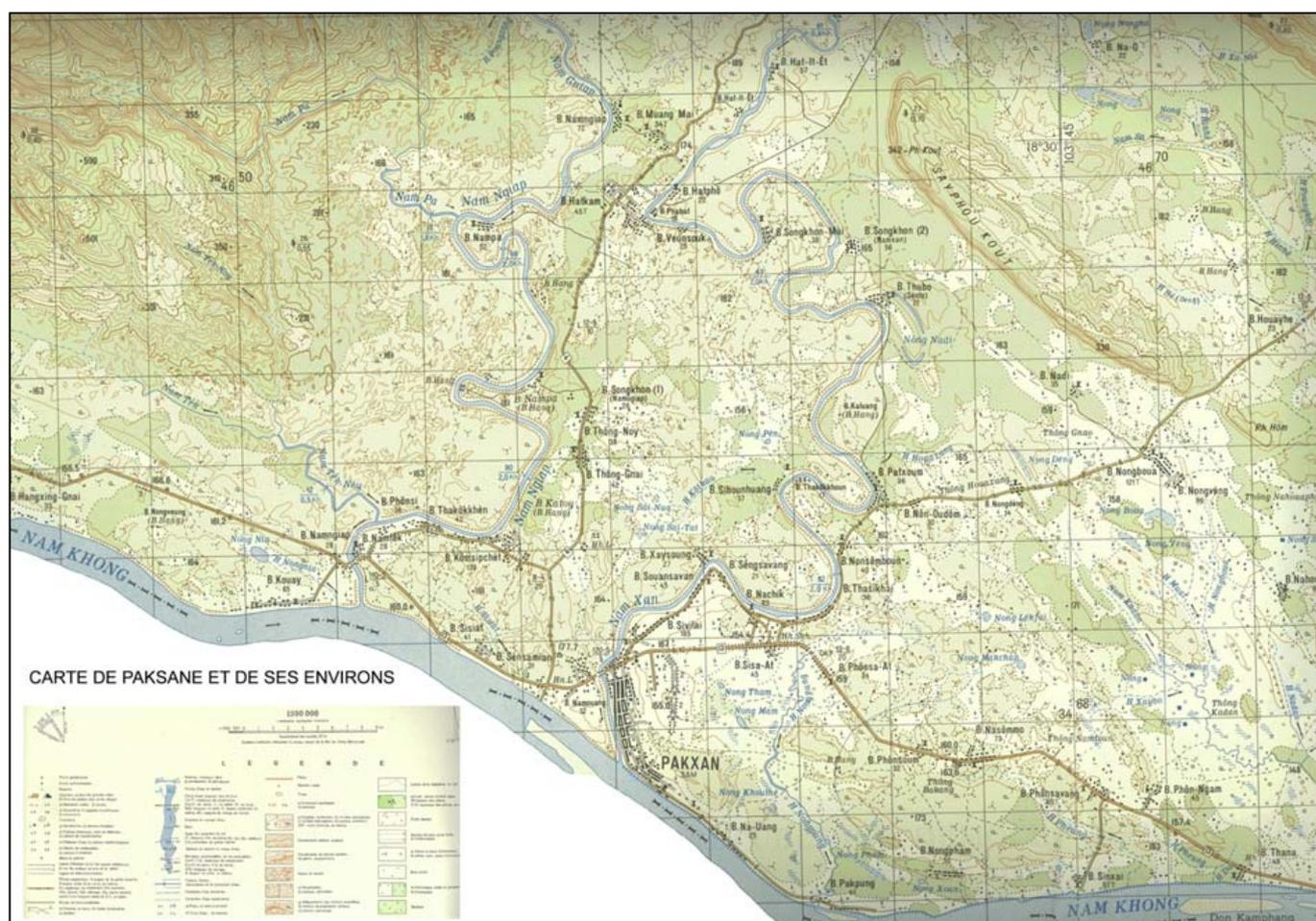
- (34) Dror D, Preker S. Réassurance Sociale : stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres. France : ESKA ; 2003
- (35) ANMC, BIT, ACOPAM, WSM. Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants. Bruxelles : ANMC, BIT, ACOPAM, WSM ; 1995
- (36) Poursat C, Le Roy P. Projet d'assurance maladie en zone rurale au Cambodge : rapport d'activités 2000. Paris : GRET; 2001
- (37) Ayemonna P, Soglohoun P, Koto-Yerima A. Etude socio-économique, sanitaire et financière de la mise en place d'une mutuelle de santé à Zogbohoue. Cotonou : PROMUSAF Bénin ; 1999
- (38) Perrin N. Etude de faisabilité d'un système d'assurance maladie dans le cadre de l'institution financière Nyeta Musow-Mali. Paris : CIDR ; 2000
- (39) Centre International de Développement et de Recherche. Programmes d'appui aux mutuelles de santé au Bénin. Paris : CIDR ; 2002
- (40) Carrin G, Perrot J, Sergent F. L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé : une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis. Genève : OMS ; 1993
- (41) Letourmy Al. Etat et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVI ème Journées des Economistes français de la santé à Clermont-Ferrand : CERMES/CNRS ; 2003
- (42) Perrot J. Les mutuelles de santé : quelles relations contractuelles développer ?. Genève : OMS ; 2002
- (43) Letourmy A. Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement. Paris : Afrique contemporaine n° spécial 3^{ème} trimestre ; 2000.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CARTE DU LAOS



ANNEXE 2 : CARTE DU DISTRICT DE PAKSANE ET LISTE DES VILLAGES ENQUETES



Liste des villages enquêtés :

Paksane tay (919 hab.), Phosy (1497 hab.), Songkhone (751 hab.), Sisa ath (647 hab.), Paksane neua (1039 hab.), Sivilay (2241 hab.), Nakhame (684 hab.), Nachik (597 hab.), Phosay (992 hab.), Simoungkhoun (816 hab.), Kuay (564 hab.), Khambone (558 hab.), Pakpeung (551 hab.), Phonesay (1 149 hab.).

ANNEXE 3 : ASSURANCES AU LAOS ET PROJET OMS/MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1. La sécurité sociale des fonctionnaires

Tous les fonctionnaires lao sont couverts par la sécurité sociale au titre de la maladie, maternité, décès, invalidité, retraite. Une cotisation de 6% est prélevée à la source et est gérée dans chaque ministère par le département de l'organisation et du personnel (décret de 1994).

De plus, les deux tiers des recettes sont subventionnées par l'état.

Lors d'un épisode maladie, les assurés font l'avance des frais (pas de tiers payant), puis sont remboursés sur présentation de la facture hospitalière exclusivement. Aux dires de plusieurs fonctionnaires interrogés, ce système fonctionne mal :

- Il existe un plafond annuel de remboursement d'un maximum de 120 000 kips/ an.
- Les membres de la famille de l'assuré ne sont couverts qu'à 50% du barème fonctionnaire.
- Les remboursements sont compliqués (paperasserie...) et retardés de plusieurs mois.

2. La sécurité sociale des entreprises

Le décret du 23 décembre 1999⁹ décrit les dispositions de cette sécurité sociale. La mise en place effective a démarré en juin 2001.

Personnes couvertes

L'assurance a pour objectif de couvrir les employés des entreprises de plus de 10 salariés, travaillant aussi bien en secteur public que privé. Dans l'immédiat, et en pratique, seules les entreprises de plus de 100 salariés adhèrent (entreprises de confection textile...) : c'est une forme de sélection positive, utile au démarrage, puisque dans l'immense majorité, les employés y sont jeunes, célibataires à 50%, bien portants et "assez riches" (salaire d'environ 40 dollars US/ mois) : ils peuvent payer et consomment peu¹⁰. Bien que le décret fasse de l'adhésion au système une obligation, cela n'est pas encore la réalité.

Événements couverts

- Décès (funérailles et survivants).
- Soins médicaux (sauf 17 maladies : infection VIH, cancers, séquelles d'accidents de la voie publique,...).
- Maternité.
- Arrêt maladie, accident du travail.
- Invalidité.
- Retraite.
- A long terme : enfants, chômage.

Les cotisations

Elles sont basées sur les salaires, avec un plafond de 1 000 000 kips/ mois : 4,5% versés par l'employé (prélèvement à la source) + 5% versés par l'employeur, soit un total de 9,5% du salaire.

⁹ Decree on social security system for enterprise employees Ministère du travail et des affaires sociales (207/PM).

¹⁰ De plus, le salaire n'étant plus versé en cas d'arrêt maladie, cela dissuade de tomber malade.

Sur cette masse, 4% sont dédiés aux soins médicaux, 2,15% à maternité et décès, 2% à la retraite, 0,71% pour les frais de gestion du système¹¹, etc.

Le prépaiement, la prestation

Chaque entreprise choisit pour ses employés le distributeur de soins : Actuellement seulement les trois hôpitaux "universitaires" de Vientiane (Mahosot, Amitié et Settathirat) peuvent être choisis¹² ; Un assuré ne peut fréquenter que l'hôpital choisi par son employeur, mais l'hôpital peut contracter avec des prestataires autres, sous-traitants (privés ?...).

L'assurance paye à l'avance le distributeur de soins : un forfait annuel per capita d'environ 10 USD versé par tranches mensuelles doit couvrir l'ensemble des dépenses de soins éventuellement nécessaires ; Il n'y a donc aucun débours pour l'utilisateur assuré, l'assurance fait tiers payant.

L'assurance peut émettre des souhaits sur l'usage que pourrait faire l'hôpital de la somme des forfaits versés (amortissement des équipements, administration, consommables, amélioration des salaires, etc.), mais chaque hôpital décide.

A terme, l'assurance espère pouvoir exercer un contrôle qualité sur les prestations servies par les hôpitaux partenaires, via un système de plaintes/ réclamations.

Dans l'immédiat, les hôpitaux essaient de réduire les longues et fréquentes durées d'attente des patients assurés (ils se présentent avec une carte spécifique). Implicitement, les hôpitaux partenaires s'engagent aussi à bannir l'usage des dessous de table pour les patients assurés.

3. Une assurance santé privée : les Assurances Générales du Laos (AGL)

Les AGL existent depuis 12 ans au Laos, le Ministère des Finances Lao est actionnaire à 42% des AGL. Après une situation de monopole de droit (1991-1994), il persiste une situation de quasi-monopole.

De fait, le marché lao est sans doute actuellement trop petit pour favoriser une réelle concurrence.

L'assurance maladie ne représente qu'une petite partie de l'activité des AGL : Seulement environ 3 000 personnes (essentiellement ONG et quelques entreprises étrangères) ont contracté une assurance maladie auprès des AGL.

Une couverture maladie standard de 100 dollars US/ an couvre les frais de santé (hors maternité, ophtalmologie, dentisterie), avec une franchise de 10% pour l'hospitalisation et de 30% pour les soins ambulatoire. Il n'y a pas de tiers payant¹³.

4. Projet OMS Ministère de la santé

1. Description

Inspirés par un projet d'assurance santé communautaire mené aux Philippines dans les années 90 par l'ONG Organisation for Research and Training (ORT), le Ministère de la Santé Lao et l'OMS démarrent en 2002 un projet pilote d'assurance santé, sur fonds JICA : Community based health insurance (CBHI).

¹¹ Ainsi pour un salaire de 360 000 kips le prélèvement est de 34 200 kips sur lesquels 14 400 kips sont dédiés aux soins médicaux (soit 42% des 34 200 kips), 7 740 kips sont dédiés à la couverture maternité et décès (soit 23% des 34 200 kips), 7 200 kips sont dédiés à la couverture retraite (soit 21% des 34 200 kips), 2 556 kips sont utilisés pour la gestion du système (soit 7,5% des 34 200 kips), ...

¹² A terme, tous les hôpitaux publics seront partenaires de la Sécurité Sociale.

¹³ Il faut comparer cette cotisation de 100 dollars/ tête/ an avec franchise, à la capitation d'environ 10 dollars de la Sécurité Sociale des entreprises.

Objectif :

L'expérience prouve que le meilleur financement de l'accès aux soins, pour les familles, est un système d'assurance avec prépaiement. Le projet souhaite monter une assurance santé pilote, destinée aux communautés non couvertes par la Sécurité Sociale Lao évoquée plus haut (salariés d'entreprises, fonctionnaires), avec l'objectif d'augmenter la consommation des soins hospitaliers.

Durée :

3 ans.

Lieux :

- District de Sissatanak, banlieue Nord de Vientiane : Milieu semi-urbain, semi-rural, plutôt aisé. Les fournisseurs de soins prévus : Hôpital de Sissatanak, hôpital de référence : Settathirat ou Mahosot. Démarrage novembre 2002.
- Province de Luang Prabang, district de Nam Bak. Démarrage Juin 2003.
- Province de Champassak, district de Champassak. Démarrage Février 2004.

Principes :

- Une famille nucléaire est assurée dans son entier (et non pas un seul individu), à un tarif abordable par la majorité des foyers.
- L'administration de l'assurance est confiée à l'hôpital provincial avec contrôle de la communauté.
- L'assurance couvre les frais d'hospitalisation, les soins ambulatoires et les soins de santé primaire.
- Les services de santé sont fournis par les hôpitaux de district et de province, rémunérés selon le principe de la capitation.
- Actuellement, le premier recours aux soins consiste en une automédication, autoprescrite. Dans le projet prévu, seuls sont couverts les soins délivrés par les services de santé officiels. Un citoyen "standard" ne sera tenté de payer un service à priori que s'il est convaincu d'une réelle valeur ajoutée apportée par ce service, par rapport à son comportement habituel. Le projet propose d'améliorer le service, avec une mise à niveau des infrastructures, médicaments et une formation des équipes. Mais il n'est pas évoqué de réel contrôle qualité, ni de garantie proposée à l'adhérent, portant sur des critères concrets.

2. Evaluation du projet

Une évaluation a été conduite sur les trois sites pilotes, avec un rendu public en Août 2004 : nous décrivons ci-dessous les principales caractéristiques et difficultés rencontrées :

- Sortie du dispositif d'assurance : de 15 à 31%.
- Retard de paiement : de 17 à 47% des foyers.
- Dans deux des sites, l'équilibre financier n'est pas atteint.
- La mise en place de l'assurance a augmenté la fréquentation de l'hôpital, essentiellement pour les soins ambulatoires ; on observe un recours sans délai aux soins.
- Tous les partenaires du système sont favorables à son développement et expansion, et manifestent un fort engagement.
- Les cotisations ne sont pas adaptées pour les pauvres : seul un « fond d'équité » peut leur permettre l'accès au soin. Actuellement la cotisation mensuelle pour un foyer moyen de six personnes est de 20 000 kips (soit environ 4 dollars US /personne /an), couvrant les dépenses hospitalières et ambulatoires, pour l'hôpital de district et de référence.

- On observe un « sur-service » délivré aux assurés : trop de médicaments, d'examens de radiologie et de biologie. Ceci serait lié à la pression des usagers pour « consommer du soin », ou surtout des produits, et à l'incapacité des professionnels à y faire face (liens familiaux, de voisinage...). Ceci induit des soins inappropriés, des dépenses excessives risquant de mettre l'équilibre financier en péril, des résistances aux médicaments et une augmentation des effets secondaires,... Les usagers paraissent ainsi « tester » le prépaiement, et exigent des technologies « modernes ». Les professionnels semblent n'avoir pas encore bien saisi la philosophie du système, notamment le danger économique de la surprescription.
- Un plan d'ajustement et de correction des difficultés, et de développement, est prévu pour les années à venir.

3. Comptes-rendus des réunions concernant le projet CBHI à Sissatanak, Nambak et Champassak.

Deux ans après le lancement du projet pilote à Sissatanak en octobre 2002, les responsables du projet ont livré commentaires et conseils lors de différentes réunions précédant la phase d'enquête de terrain de la présente étude.

Concernant l'ensemble du projet CBHI

Gestion du système

- Le système de collecte ne fonctionne pas de façon satisfaisante: les volontaires chargés de la collecte, rémunérés 500 kips par cotisation, ne semblent pas particulièrement motivés et tardent -voire évitent- de revenir collecter celles manquantes.
- Beaucoup de familles ne cotisent pas régulièrement et attendent d'être malades pour payer leurs arriérés et bénéficier à nouveau d'une couverture. L'OMS s'interroge sur la pertinence de mettre en place une prime pour les adhérents à jour dans leurs cotisations.
- Le coût de la formation d'une équipe de responsables pour le Comité de gestion de l'assurance santé pour chaque communauté concernée reste très important puisqu'il s'élève à 15 000 dollars US par groupe.

Aspects techniques

- La mise en place de l'assurance soulève le problème de sur utilisation des services de santé : un ticket modérateur pourrait la réguler.
- Le système per capita semble plus approprié dans un pays où la corruption se développe. Puisque l'hôpital prend en charge le risque financier, les prescriptions devraient rester plus rationnelles.
- Il est nécessaire de maintenir le système per capita pour assurer in fine une couverture universelle et ne pas trop se démarquer du système de sécurité sociale.
- Si le système per capita peut effectivement induire une sur utilisation des assurés, la situation actuelle au Laos montre surtout une sous utilisation massive des services de santé.
- Le système à l'acte sous tend la corruption, il permet en effet de substituer un acte par un autre et/ou de multiplier les sur prescriptions.

Aspects politiques

- Les principes de base du CBHI doivent être adaptés à la situation au Laos : on ne peut s'appuyer sur une organisation endogène à la communauté car l'Etat reste omniprésent, particulièrement dans la gestion du système. L'assurance santé relève alors d'un système

non plus basé sur mais situé dans la communauté, il ne repose plus dès lors sur la solidarité de ses membres.

- Les propriétaires de pharmacies privées, encore exclues du système, sont très influents et présents au gouvernement. Il est donc indispensable d'avancer lentement dans la mise en place de l'assurance santé afin d'éviter que le système ne soit menacé.

Aspects socio-économiques

- Il existe un important recours/ fuite vers les services de santé en Thaïlande, et ce de façon particulièrement massive chez la population frontalière.
- La population, habituée à recevoir de l'aide internationale, tend à se montrer réticente aux programmes impliquant sa contribution.

Concernant le site de Nambak du CBHI

Problème de rationalité dans la prescription

- L'attitude du personnel des hôpitaux n'est pas assez rationnelle pour mettre en place un système à l'acte. L'expérience montre que ce système permet surtout de répondre à la demande du patient particulièrement axée sur le médicament et les injections.
- Il existe un problème de surconsommation des assurés à l'hôpital de Nambak, et ce malgré le système du per capita : le personnel de santé et les assurés étant souvent de la même famille (ou voisins/amis), la notion de responsabilité de la prescription reste aléatoire.
- Il est nécessaire d'instaurer un ticket modérateur car on ne peut attendre une attitude ferme de la part des prescripteurs.

Adhésion de la population

- Le système intéresse moins de 15% de la population visée dans le district de Nambak et concerne seulement la classe moyenne.
- Malgré une compréhension globale du système collectif, l'objectif plus ou moins conscient de l'assuré reste de récupérer sous forme de médicaments la somme correspondant à la prime mensuelle.
- Il est nécessaire de mettre en place un fonds d'équité qui prend en charge les primes mensuelles des familles les plus pauvres.

Aspects politiques

- La gestion du personnel reste difficile car des professionnels incompétents et/ou corrompus mais protégés sont inamovibles. Les fautes professionnelles ne sont ainsi pas sanctionnées et la mise en place d'une promotion au mérite ne semble pas possible.

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DE LA POPULATION ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Entretien auprès de la population

1. Signalétique

➤ Généralités

Sexe

Age

Ethnie

Lieu de résidence, depuis combien d'années

L'enquêté est-il le chef de famille, de qui s'agit-il ?

➤ Situation familiale

Situation matrimoniale

Composition du foyer

Nombre d'enfants (et leur âge) à charge, y compris hors du foyer

➤ Niveau socio-économique du ménage

Diplôme le plus élevé obtenu par l'enquêté

Profession de l'enquêté

Statut d'activité actuel de l'enquêté

Profession du chef de famille

Statut d'activité actuel du chef de famille

Revenu du ménage

Patrimoine (terre, élevage...)

Moyens de déplacement utilisés (vélo, vélo à moteur, voiture...)

Biens possédés (radio, télévision, réfrigérateur)

➤ Logement

Type d'habitation

Le ménage est-il propriétaire, locataire, colocataire de ce logement ?

➤ Couverture maladie

L'enquêté bénéficie-t-il d'une assurance maladie, de quel type ?

2. Diagnostic de santé

➤ De la communauté

Diagnostic de perception

Quels sont les problèmes collectifs les plus importants qui touchent le bien être de la population de la zone ? (du point de vue de la santé, naissance, mariage, décès, soudures)

Quel est le groupe le plus vulnérable ou le plus concerné pour chacun des problèmes cités ?

Réponses existantes et partenaires locaux

Demandes d'intervention et solutions proposées

➤ De la cellule familiale

Par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous votre état de santé comme :

- très satisfaisant
- satisfaisant
- peu satisfaisant
- pas satisfaisant du tout

Qu'en est-il des membres de votre famille ?

3. Recours aux soins

➤ Généralités

Dans le ménage qui décide du recours ou non aux soins des autres membres de la famille?

Généralement selon le problème de santé auquel vous avez à faire face quel itinéraire thérapeutique votre famille adopte-t-elle? Pour quelles raisons (équipement, disponibilité des médicaments, qualité des soins, proximité, coût, adressé, réputation, rapidité, permanence...) Préciser à quel établissement de santé vous avez recours ?

➤ Au cours de l'année

Recours aux soins

Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, eu recours aux prestataires suivants ?

Si oui, selon quelles modalités ?

	Etablissement de santé			Médecin		Médecine traditionnelle			Autres professionnels de santé			
	public	privé	étranger	public	privé	guérisseur	Accoucheuse traditionnelle	Pagode	Dentiste	Infirmier	Sage femme	Autres
A quelle fréquence												
Dans quel lieu												
Motif de recours aux soins (pathologie) - consultation - hospitalisation												
Coût de la - consultation - ordonnance - hospitalisation												
Degrés de satisfaction - très satisfaisant - satisfaisant - peu satisfaisant - pas satisfaisant du tout et raisons												
Durée de l'hospitalisation												
Délai avant le recours aux soins, raisons de ce délai												

* Si non, quand avez-vous consulté un médecin pour la dernière fois ?

Attachez-vous de l'importance à être toujours suivi par le même médecin ?

Consommation de médicaments

Actuellement consommez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?

- origine de la prescription : sur ordonnance (prescrit par qui), sur avis d'une personne exerçant la médecine traditionnelle, automédication,
- provenance des médicaments : pharmacie privée, établissement de soins, médecine traditionnelle...

Disposez-vous d'une pharmacie familiale ?

Si oui, de quel type de médicaments disposez-vous (médicaments traditionnels, de laboratoire) ?

Où vous approvisionnez-vous (établissement de santé, pharmacie, marché...), pourquoi ?

Dans quelle circonstance avez-vous recours à l'automédication ? Pourquoi ?

Dépenses annuelles de santé

A quel montant estimez-vous vos dépenses de santé familiale annuelles ?

4. Satisfaction relative à l'offre de soins à Paksane

De façon globale, diriez-vous de l'offre de soins à l'hôpital de Paksane qu'elle est : très satisfaisante, satisfaisante, peu satisfaisante, pas satisfaisante du tout.

Plus spécifiquement, que pensez-vous des différentes variables suivantes :

➤ **Accessibilité**

L'hôpital est-il facilement accessible géographiquement et économiquement ?

- temps de trajet
- variation selon les saisons
- moyen de transport utilisé
- coût

La permanence de l'offre de soins est-elle satisfaisante et les horaires d'accueil réglementaires sont-ils respectés ?

Existe-t-il des tarifs fixes selon les prestations ?

Vous arrive-t-il de payer un supplément pour obtenir une meilleure qualité de prestation (réduction du délai d'attente, meilleure prise en compte des besoins...) ?

A qui ce supplément est-il payé ?

Quelle forme prend-il (argent, objet...) ?

Quel est son montant ? Varie-t-il en fonction de la pathologie, du niveau socio-économique... ?

Les professionnels de santé vous ont-ils informé du système de gratuité aux indigents ?

➤ **Acceptabilité**

Avez-vous eu le sentiment que vos valeurs, vos préférences, vos besoins, vos droits ont été respectés par les professionnels de l'établissement ?

Avez-vous eu une information claire sur

- votre état de santé
- les soins et investigations reçues
- vos traitements
- les conditions de votre séjour

➤ **Globalité et continuité**

La structure offre-t-elle une continuité dans la prise en charge préventive, diagnostique, curative, socio-psychologique et de réadaptation ?

Les soins dispensés par les différents acteurs sont-ils coordonnés ?

L'information délivrée par les différents professionnels est-elle univoque ?

Votre sortie a-t-elle été organisée avec vous et votre entourage ?

A votre sortie disposiez-vous des prescriptions et des informations (régime à suivre, activités à proscrire ou favoriser, signes de complication...) nécessaires à la continuité de votre prise en charge ?

L'organisation ultérieure des soins était-elle organisée ?

Est-ce que les campagnes de communication faites par l'hôpital (prévention des épidémies de SRAS, grippe aviaire, campagnes de vaccination, gratuité aux indigents...) sont relayées jusque dans votre quartier ? Si oui, de quelle manière ?

➤ **Qualité de la prise en charge**

L'accueil

Au regard des critères suivants, comment qualifieriez-vous l'accueil ?

- orientation

- délai de prise en charge (obtention d'un rendez-vous, attente avant une consultation, une hospitalisation)

- prise en charge des accompagnants

Qualité des soins

Etes-vous satisfait de la prise en charge dont vous avez bénéficié, au niveau :

- physique : respect des mesures d'hygiène, soulagement de la douleur, aide dans les gestes de la vie quotidienne, compétence technique... ?

- psychologique : soulagement de la peur et des angoisses, respect... ?

Que diriez-vous de la promptitude et de la disponibilité (réponses aux appels, durée des consultations) des soignants ?

Les médicaments et matériaux médicaux nécessaires à votre prise en charge étaient-ils disponibles ?

Conditions hôtelières

La maintenance des bâtiments, des équipements et des installations était-elle acceptable ?

Si vous avez été hospitalisé, votre chambre était-elle agréable ?

L'alimentation était-elle adaptée et de qualité ?

Entretien auprès des professionnels

1. Signalétique

- Généralités

Sexe

Age

Ethnie

Lieu de résidence, depuis combien d'années

Ancienneté dans l'exercice de la profession

- Situation familiale

Situation matrimoniale

Composition du foyer

- Niveau socio-économique

Diplôme le plus élevé obtenu par l'enquêté

Profession de l'enquêté

Revenu

- Couverture maladie

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie, de quel type, en êtes-vous satisfait ?

2. Diagnostic de santé

- De la communauté

Diagnostic de perception

Quels sont les problèmes collectifs les plus importants qui touchent le bien être de la population de la zone ? (du point de vue de la santé, naissance, mariage, décès, soudures)

Quel est le groupe le plus vulnérable ou le plus concerné pour chacun des problèmes cités ?

Réponses existantes et partenaires locaux

Demandes d'intervention et solutions proposées

3. Recours aux soins

- **Recours aux prestataires de santé**

Dans le ménage qui décide du recours ou non aux soins des autres membres de la famille?

Généralement selon le problème de santé auquel les ménages doivent faire face quel itinéraire thérapeutique adopte-t-ils? Pour quelles raisons (équipement, disponibilité des médicaments, qualité des soins, proximité, coût, adressé, réputation, rapidité, permanence...)

Préciser à quel type d'établissement de santé la population a recours ?

	Etablissement de santé			Médecin		Médecine traditionnelle			Autres professionnels de santé			
	public	privé	étranger	public	privé	guérisseur	Accoucheuse traditionnelle	Pagode	Dentiste	Infirmier	Sage femme	Autres
Suivi de la grossesse												
Accouchement												
Suivi postnatal												
Suivi du nouveau-né												
Vaccination												
Affection bénigne de l'enfant												
Affection grave de l'enfant												
Affection bénigne de l'adulte												
Affection grave de l'adulte												

➤ **Automédication et absence de soins**

L'automédication est-elle une pratique répandue au sein de la population ?

Quelle frange de la population y a le plus recours? Pour quelles raisons ?

Quand se substitue-t-elle à la médecine ?

Selon vous quelle est la qualité des médicaments ou remèdes disponibles dans les pharmacies privées, sur les marchés, chez les thérapeutes traditionnels ?

Avez-vous déjà eu à traiter des patients ayant été victime de l'automédication ? Si oui, à quelle fréquence ?

Quels sont les principaux motifs d'absence ou de retard aux recours aux soins ?

4. Satisfaction relative à l'offre de soins

➤ **Au niveau du district**

Concernant les prestataires suivants :

- Hôpitaux de district
- Centre de santé
- Dispensaires
- Médecins privés
- Pharmacies privées
- Thérapeutes traditionnels (médecins, accoucheuses, bonzes...)
- Autres professionnels de santé : sage femmes, infirmiers, dentistes...

Le degré de qualité des prestations fournies est-il ?

- très satisfaisant
- satisfaisant
- peu satisfaisant
- pas satisfaisant du tout

➤ **Au niveau de l'hôpital de Paksane**

De façon globale, diriez-vous de l'offre de soins à l'hôpital de Paksane qu'elle est : très satisfaisante, satisfaisante, peu satisfaisante, pas satisfaisante du tout.

Plus spécifiquement, que pensez-vous des différentes variables suivantes :

Accessibilité

L'hôpital est-il facilement accessible géographiquement et économiquement ?

- temps de trajet
- variation selon les saisons
- moyen de transport utilisé par la population
- coût

La permanence de l'offre de soins est-elle satisfaisante et les horaires d'accueil réglementaires sont-ils respectés ?

Existe-t-il des tarifs fixes selon les prestations ?

Vous arrive-t-il de faire payer un supplément pour offrir une meilleure qualité de prestation (réduction du délai d'attente, meilleur prise en compte des besoins...) ?

Quelle forme prend-il (argent, objet...) ?

Quel est son montant ? Varie-t-il en fonction de la pathologie, du niveau socio-économique... ?

Etes-vous informé du système de gratuité aux indigents ? Si oui, en informez-vous les principaux intéressés et comment ?

Acceptabilité

Délivrez-vous une information claire au patient sur

- son état de santé
- les soins et investigations reçues
- ses traitements
- les conditions de son séjour

Globalité et continuité

La structure offre-t-elle une continuité dans la prise en charge préventive, diagnostique, curative, socio-psychologique et de réadaptation ?

Les soins dispensés par les différents acteurs sont-ils coordonnés ?

L'information délivrée par les différents professionnels est-elle univoque ?

La sortie est-elle organisée avec le patient et son entourage ?

A sa sortie, le patient dispose-t-il des prescriptions et des informations (régime à suivre, activités à proscrire ou favoriser, signes de complication...) nécessaires à la continuité de sa prise en charge ?

L'organisation ultérieure des soins était-elle organisée ?

Des campagnes de communication sont-elles faites par l'hôpital (prévention des épidémies de SRAS, grippe aviaire, campagnes de vaccination, gratuité aux indigents...) ? Sont-elles relayées dans l'ensemble des villages du district ? Si oui, de quelle manière ?

Qualité de la prise en charge

- L'accueil

Au regard des critères suivants, comment qualifieriez-vous l'accueil ?

- orientation

- délai de prise en charge (obtention d'un rendez vous, attente avant une consultation, une hospitalisation)

- prise en charge des accompagnants

- Qualité des soins

Etes-vous satisfait de la prise en charge que vous pouvez offrir à la population d'un point de vue :

- physique : respect des mesures d'hygiène, soulagement de la douleur, aide dans les gestes de la vie quotidienne, compétence technique... ?

- psychologique : soulagement de la peur et des angoisses, respect... ?

L'organisation générale du service vous permet-elle d'être suffisamment disponible pour le patient (réponses aux appels, durée des consultations)?

Les médicaments et matériaux médicaux nécessaires à la prise en charge du patient sont-ils disponibles ?

- Conditions hôtelières

La maintenance des bâtiments, des équipements et des installations est-elle acceptable ?

Les chambres d'hospitalisation sont-elles agréables ?

L'alimentation est-elle adaptée et de qualité ?

ANNEXE 5 : FOCUS GROUPE AUPRES DE LA POPULATION ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Focus groupe auprès de la population

Faisabilité de la mise en place d'une assurance maladie à caractère mutualiste

➤ Conditions d'acceptabilité

L'accès aux soins modernes est-il un besoin prioritaire pour vous et votre famille?
Connaissez-vous le concept d'assurance ou de mutuelle? Quelle expérience en avez-vous ?
Qu'en pensez-vous ?

L'extension de la solidarité entre des individus venant de quartiers ou appartenant à des religions, ethnies, professions... différentes est-elle envisageable ?

Est-il acceptable qu'une période de carence soit observée pour certaines prestations ?

La mise en place d'un ticket modérateur est-elle envisageable ?

➤ Conditions de pertinence

Sanitaires

Actuellement, quels sont les obstacles à l'accès aux soins que vous rencontrez (éloignement géographique, difficultés financières...)?

L'implantation d'une mutuelle faciliterait-elle cet accès aux soins ?

Etes-vous satisfait par les prestations offertes par l'hôpital ?

Quelles prestations de santé voudriez-vous voir couvertes par la mutuelle (sachant que le montant des cotisations sera calculé en fonction des prestations couvertes par la mutuelle) ?

Sociales

Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir payer les prestations (consultation, hospitalisation, ordonnance) ? Dans ce cas quelle stratégie adoptez-vous ?

Avez-vous déjà eu à faire face à un événement de santé ou autres qui a entraîné une décapitalisation ?

Existe-t-il des mécanismes traditionnels d'assurance. Si oui, quelles sont les formes de solidarités actuelles entre les villageois. Cette solidarité ? est-elle efficace ?

Si une mutuelle doit exister, elle proposera vraisemblablement une adhésion familiale, quels membres de votre famille voudriez-vous voir assurés (cellule proche, ascendants, enfants jusqu'à quel âge) ?

Souhaiteriez-vous que la mutuelle couvre également d'autres événements comme le mariage, le décès, la naissance qui peuvent, eux aussi, être source de décapitalisation ?

➤ Conditions de faisabilité

Médicales

Selon vous, le niveau de ressources médicales (plateau technique...) de la zone est-il suffisant pour couvrir l'ensemble de vos besoins ? Pour quelles affections seriez-vous dans l'obligation de vous référer à un autre niveau de soins (hôpitaux de référence au niveau national, hôpitaux thaïlandais...)

Humaines

Qui devrait être représenté dans les instances de décision de la mutuelle ?

Souhaiteriez-vous que des membres de la population participent au comité de gestion de la mutuelle ? Si oui, qui de la communauté serait en mesure d'y participer ?

Logistiques

Etes-vous, ou un membre de votre famille, est-il en mesure de remplir les formulaires de remboursement ? (savez-vous lire et écrire)

Comment pourrait s'établir l'acheminement des formulaires de remboursement (poste, guichet à proximité des prestataires de soins...)?

A quelle fréquence le recouvrement des cotisations devrait-il avoir lieu ?

Comment doit être organisé ce recouvrement (agent faisant du porte à porte, chef de village ou autres personnes de la communauté chargées du recouvrement, envoi postal...)?

Financières

Existe-il des possibilités d'épargne pour les dépenses de santé. Si oui, sous quelle forme ?

Combien par mois et par personne ?

Les ressources du ménage sont-elles régulières tout au long de l'année. Si non, à quelle période sont-elles le plus élevées ?

Y a-t-il des périodes de soudure, si oui ; quand interviennent-elles, quelle est leur durée, comment sont-elles gérées ?

➤ **Conditions de fonctionnalité**

Quels prestataires de soins de la zone souhaiteriez-vous voir contracter avec la mutuelle ?

➤ **Conditions de pérennisation**

Si vous étiez bénéficiaire de la mutuelle, quels seraient les critères qui motiveraient ou non un renouvellement de votre adhésion annuelle (utilisation des services, rapidité du remboursement, qualité de la prise en charge...)

Quels sont les canaux de communication traditionnellement utilisés (Bonze, école à travers l'éducation civique...) qui pourrait être un relais à l'information de la population sur l'existence et l'évolution des services offerts par la mutuelle ?

Qui pourrait assurer l'évaluation du respect du contrat par les deux parties (prestataires et mutualistes) ? Autrement dit, qui pourrait faire partie du comité de contrôle ?

Seriez-vous prêt à souscrire auprès d'une mutuelle si elle devait voir le jour, pourquoi ?

Focus groupe auprès des professionnels

Faisabilité de la mise en place d'une assurance maladie à caractère mutualiste

➤ Conditions d'acceptabilité

L'accès aux soins modernes est-il un besoin prioritaire pour la population ?

Connaissez-vous le concept d'assurance ou de mutuelle ? Quelle expérience en avez-vous ?
Qu'en pensez vous ?

L'extension de la solidarité entre des individus venant de quartiers ou appartenant à des religions, ethnies, professions... différentes est-elle envisageable ?

Est-il acceptable qu'une période de carence soit observée pour certaines prestations ?

La mise en place d'un ticket modérateur est-elle envisageable ?

➤ Conditions de pertinence

Sanitaires

Actuellement, quels sont les obstacles à l'accès aux soins de la population (éloignement géographique, difficultés financières...)?

L'implantation d'une mutuelle faciliterait-elle cet accès aux soins ?

Les patients semblent-ils satisfaits par les prestations offertes par l'hôpital ? Si non, sur quoi portent leurs réclamations ?

D'un point de vue de santé publique, quelles prestations de santé devraient être couvertes par la mutuelle (sachant que le montant des cotisations sera calculé en fonction des prestations couvertes par la mutuelle) ?

Sociales

Arrivent-il fréquemment que les patients soient dans l'incapacité de payer les prestations (consultation, hospitalisation, ordonnance) ? Dans ce cas quelle stratégie adoptez-vous ?

Selon vous les ménages ayant à subir une décapitalisation pour faire face à un événement de santé est-il chose courante ? D'autres événements comme le mariage, le décès, la naissance peuvent-ils être eux aussi source de décapitalisation ?

Existe-t-il des mécanismes traditionnels d'assurance. Si oui, quelles sont les formes de solidarités actuelles entre les villageois. Cette solidarité est-elle efficace ?

Si une mutuelle doit exister, elle proposera vraisemblablement une adhésion familiale, quels membres de votre famille devrait-on alors assurer (cellule proche, ascendants, enfants jusqu'à quel âge)

➤ Conditions de faisabilité

Médicales

Selon vous le niveau de ressources médicales (plateau technique...) de l'hôpital est-il suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins ? Pour quelles affections seriez-vous dans l'obligation de transférer le patient à un autre niveau de soins (hôpitaux de référence au niveau national, hôpitaux thaïlandais...)

Humaines

Qui devrait être représenté dans les instances de décision de la mutuelle ?

Souhaiteriez-vous que des membres de la population participent au comité de gestion de la mutuelle ? Si oui, qui de la communauté serait en mesure d'y participer ?

Logistiques

La population suivie est-elle en mesure de remplir les formulaires de remboursement ? (taux d'alphabétisation)

Comment pourrait s'établir l'acheminement des formulaires de remboursement (poste, guichet à proximité des prestataires de soins...)

A quelle fréquence le recouvrement des cotisations devrait-il avoir lieu ?

Comment doit être organisé ce recouvrement (agent faisant du porte à porte, chef de village ou autres personnes de la communauté chargées du recouvrement, envoi postal...)?

Financières

Existe-il des possibilités d'épargne pour les dépenses de santé. Si oui, sous quelle forme ?

Combien par mois et par personne ?

Les ressources du ménage sont-elles régulières tout au long de l'année. Si non, à quelle période sont-elles le plus élevées ?

Y a-t-il des périodes de soudure, si oui ; quand interviennent-elles, quelle est leur durée, comment sont-elles gérées ?

➤ **Conditions de fonctionnalité**

Quels prestataires de soins de la zone souhaiteriez-vous voir contracter avec la mutuelle ?

➤ **Conditions de pérennisation**

Quels sont, selon vous les critères qui motiveraient ou non un renouvellement de l'adhésion annuelle (utilisation des services, rapidité du remboursement, qualité de la prise en charge...)

Quels sont les canaux de communication traditionnellement utilisés (Bonze, école à travers l'éducation civique...) qui pourrait être un relais à l'information de la population sur l'existence et l'évolution des services offerts par la mutuelle ?

Qui pourrait assurer l'évaluation du respect du contrat par les deux parties (prestataires et mutualistes) ? Autrement dit qui pourrait faire partie du comité de contrôle ?

Malgré votre couverture actuelle, seriez-vous prêt à souscrire auprès d'une mutuelle si elle devait voir le jour, pourquoi ?

ANNEXE 6 : LES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS A L'HOPITAL DE PAKSANE ENTRE 2000 ET 2003

Tableau : Motifs de recours aux consultations externes de l'hôpital provincial

Motifs de recours aux consultations externes	Nombre de cas		
	2000/2001	2001/2002 les six premiers mois	2002/2003
Poly-traumatisme	95	164	348
Grippe	314	73	186
Dengue hémorragique			169
Gastrite	308	95	165
Pneumonie	130	17	117
Névrалgie	161	78	113
Affection dentaire	105	38	68
Colique néphrétique		31	56
Diarrhée	120	18	46
Paludisme	94	13	23
Hypertension		10	
Amygdalite	147		
laryngite	129		

Tableau : Motifs de recours aux hospitalisations de l'hôpital de Paksane

Motifs de recours aux hospitalisations	Nombre de cas		
	2000/2001	2001/2002 les six premiers mois	2002/2003
Diarrhée	69	15	133
dengue hémorragique			120
Poly-traumatisme		36	115
Pneumonie	205	18	113
Gastrite	77	40	99
Appendicite	30	16	81
Amygdalite	28		70
Hypertension	49	20	58
Paludisme	121	44	55
Colique néphrétique	28	27	31
Névrалgie		17	
Méningite		10	
Encéphalite	47		
Tuberculose	31		

ANNEXE 7 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DE L'HOPITAL DE PAKSANE

1. Caractéristiques démographiques

Tableau : Genre des patients hospitalisés entre décembre 2003 et juin 2004

Sexe	Décembre	Février	Avril	Juin	Total	%
Hommes	66	123	175	128	492	50,4
Femmes	85	134	151	114	484	49,6
Total	151	257	326	242	976	100

Tableau : Age des patients hospitalisés entre décembre 2003 et juin 2004

Age	Décembre	Février	Avril	Juin	Total	%
0-5	8	39	52	21	120	12,3
6-15	10	39	43	37	129	13,2
16-25	41	59	71	59	230	23,6
26-45	55	51	98	67	271	27,8
46-65	25	43	37	43	148	15,1
66 et plus	12	26	25	15	78	8,0
Total	151	257	326	242	976	100

2. Caractéristiques sociologiques

Tableau : Appartenance ethnique des patients hospitalisés entre décembre 2003 et juin 2004

Ethnie	Décembre	Février	Avril	Juin	Total	%
Lao-loum	148	247	320	237	952	97,5
Lao-soum	3	4	4	5	16	1,7
Lao-toung	0	3	0	0	3	0,3
Lao-meung	0	1	0	0	1	0,1
Autres	0	2	2	0	4	0,4
Total	151	257	326	242	976	100

3. Caractéristiques géographiques

L'étude des registres des hospitalisations entre février et juin 2004 et celui des consultations entre août et décembre 2003, permet d'avoir une approche de la provenance géographique des patients.

Tableau : périmètre d'attraction de l'hôpital en fonction du motif de recours aux soins

Motifs de recours aux soins	Patients vivant à moins de 10 km	Patients vivant à moins de 20 km	Patients vivant dans d'autres districts
Hospitalisation	45,2%	64,3%	31,6%
Consultation	48,5%	66,9%	26,3%

ANNEXE 8 : LE FONCTIONNEMENT DU RDC

Tableau : Bilan mensuel du RDC pour l'année 2002/2003

Période	Revenu mensuel	Dépenses mensuelles	Bilan mensuel du RDC	Fond de roulement restant du mois précédent
Octobre 2002	75.670.500	61.512.180	14.158.320	63.107.195
Novembre 2002	68.214.500	52.175.490	16.039.010	77.265.515
Décembre 2002	56.931.000	54.079.531	2.851.469	93.304.525
Janvier 2003	65.442.000	58.486.085	6.955.915	96.155.994
Février 2003	67.903.000	79.021.265	- 11.118.265	103.111.909
Mars 2003	76.076.000	33.375.595	42.700.405	91.993.664
Sous-total 2003	410.237.000	338.650.146	71.586.854	91.933.664
Avril 2003	75.710.000	54.534.872	21.175.128	134.694.049
Mai 2003	108.606.500	121.556.578	- 12.950.078	155.869.177
Juin 2003	81.555.500	87.010.718	- 5.455.218	142.919.099
Juillet 2003	100.566.000	77.652.123	22.913.877	137.463.881
Août 2003	109.834.500	72.000.101	37.834.399	160.377.758
Septembre 2003	110.981.500	115.558.670	- 4.577.170	198.212.157
Total 2003	997.491.000	866.963.208	130.527.792	198.212.157

Tableau : Bilan mensuel du RDC pour le début de l'année 2003/2004

Période	Revenu mensuel	Dépenses mensuelles	Bilan mensuel du RDC	Fond de roulement restant du mois précédent
Octobre 2003	115.731.000	110.862.811	4.868.189	193.634.987
Novembre 2003	71.587.500	55.792.600	15.794.900	198.503.176
Décembre 2003	62.256.500	91.936.530	- 29.680.030	214.298.076
Janvier 2004	76.158.500	64.645.669	11.512.831	184.618.046
Février 2004	89.548.000	106.162.885	- 16.614.885	196.130.877
Mars 2004	102.451.000	73.249.050	29.201.950	179.515.992
Sous-total 2003	517.732.500	502.649.545	15.082.955	179.515.992
Avril 2004	118.088.000	139.537.270	- 21.449.270	208.717.942
Mai 2004	115.588.000	188.640.183	- 73.052.183	187.268.672

ANNEXE 9 : REALITE DU SYSTEME DE GRATUITE

Tableau : Comparaison des montants, en kips, alloués aux gratuits
entre les 8 premiers mois des années 2002/2003 et 2003/2004

Période	Montants consacrés aux gratuits	
	Année 2002/2003	Année 2003/2004
Octobre	3.236.025	2.671.030
Novembre	1.338.405	2.349.170
Décembre	909.770	3.633.453
Janvier	2.660.170	5.936.015
Février	4.246.000	4.472.353
Mars	4.202.616	5.726.294
Avril	1.909.335	2.997.330
Mai	3.053.505	4.076.830
Total	21.555.826	31.754.543

Tableau : Répartition des bénéficiaires du système de gratuité 2003/2004

Période	Nombre de bénéficiaires (% accordé de la totalité des gratuits)			Montant mensuel des gratuits (kips)
	VIP	pauvres	bonzes	
Octobre 2003	13 (21,8%)	50 (52,9%)	23 (25,3%)	2.671.030
Novembre 2003	4 (15,3%)	35 (52,1%)	30 (32,6%)	2.349.170
Décembre 2003	5 (11,4%)	62 (78,3%)	7 (10,3%)	3.633.453
Janvier 2004	12 (6,4%)	82 (88,4%)	3 (3,2%)	5.828.083
Février 2004	12 (13,8%)	57 (59,8%)	26 (26,4%)	4.472.353
Mars 2004	11 (12,8%)	79 (65,6%)	21 (12,8%)	5.726.294
Avril 2004	7 (17,2%)	64 (81,1%)	6 (1,7%)	2.997.330
Mai 2004	4 (1,9%)	74 (51,3%)	35 (46,8%)	4.076.830
Total des bénéficiaires	68	503	151	
Total du montant des gratuits (kips)	4.179.345	21.683.330	5.891.868	31.754.543

ANNEXE 10 : EVALUATION DES RESULTATS : **LA MORTALITE HOSPITALIERE**

Tableau : Evolution des causes des mortalités hospitalières depuis 2001

Cause de décès	Nombre de cas		
	2000/2001	2001/2002 les six premiers mois	2002/2003
Hémorragie cérébrale			4
Méningite	5		4
Pneumonie			4
Péritonite	2		3
Hémorragie gastrique	1		2
Cardiopathie		1	2
Poly-traumatisme		3	2
Cholécystite		1	1
Infection post-natale			1
Tuberculose	1	1	1
Intoxication médicamenteuse			1
Diarrhée grave			1
Dengue hémorragique			1
Cancer			1
Insuffisance rénale	1		1
Occlusion intestinale			1
Hypertension		3	
Encéphalite		3	
Insuffisance cardiaque		4	
Coma	3		
Paludisme	2		
Tétanos	1		
Thalassémie	1		
OAP	1		
Total	18	16	30

ANNEXE 11 : OBSERVATION DU FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL

1. Indicateurs de production

Volume de production hebdomadaire

- Taux d'occupation des lits par service :

L'observation de la fréquentation des différents services, sur une journée, a révélé un taux d'occupation des lits moyen de : 32,8% et plus précisément de :

- 43,7% en médecine interne
- 44,4% en chirurgie
- 33,3% en gynéco-obstétrique
- 25% aux urgences et soins intensifs
- 0% en médecine traditionnelle
- 33,3% en pédiatrie.

Sur la même période d'observation, tous services de consultations confondus, 34 personnes ont été reçues en consultation.

2. Indicateurs de ressources

2.1. Humaines

Des prévisions en ressources humaines non atteintes

Pour l'année 2004, la planification en terme de ressources humaines prévoyait un effectif de 97 personnes, en réalité, il n'est que de 94, dont une personne démissionnaire ayant quitté ses fonctions au mois de juin.

Un taux d'absentéisme important

L'absentéisme reste, aux dires du directeur, un des problèmes les plus importants de l'hôpital. Malgré ce constat, il n'existe aucun moyen permettant de gérer ces absences ni même d'en mesurer l'ampleur.

Au cours de la phase d'enquête, nous avons pu vérifier cette réalité à plusieurs reprises, comme l'illustrent les deux exemples suivants : service de la pharmacie laissé sous la responsabilité d'une seule personne (stagiaire de surcroît), au lieu de deux prévues initialement, son collègue étant parti à une cérémonie de Baci, ou bien encore, absence des représentants des trois services administratifs, un après-midi, pour cause de cérémonie de mariage...

2.2. Matérielles

Des équipements vétustes dans l'ensemble

De manière générale, les locaux et équipements sont relativement vétustes. Concernant les bâtiments, plusieurs plafonds des chambres de médecine interne sont endommagés avec pans

manquants, les peintures très écaillées de l'ensemble des bâtiments dénotent avec la réhabilitation, toute récente, du bureau accolé à la salle des urgences ; les sols des services de soins intensifs et d'urgence ne sont pas carrelés ce qui rend leur entretien quasi impossible...

Pour ce qui est des équipements, le service des soins dentaires apparaît, et de loin, comme étant le service le moins bien équipé. Autant dire qu'en l'état actuel des choses, son niveau d'équipement interdit toute pratique réelle de la discipline : fauteuil non fonctionnel, pas de radiologie dentaire, matériels permettant l'extraction des dents sauf des molaires, bloc permettant le traitement des dents (roulette, fraise, aspiration...) hors service.

Le non fonctionnement du groupe électrogène, depuis 5 ans, remet en cause les règles élémentaires de sécurité en cas de coupures d'électricité : rupture de la chaîne du froid, continuité des actes chirurgicaux.

Cette perception est partagée par les professionnels de santé et par certains villageois qui sont allés jusqu'à dire que le niveau d'équipement était insuffisant comparativement à celui des structures sanitaires voisines (autres provinces et Thaïlande).

Une sous-utilisation de certains équipements

Bien que les excédents du RDC aient permis à la direction de l'hôpital d'équiper depuis un an le service d'imagerie d'un ECG, celui-ci n'a toujours pas été utilisé. Les entretiens ont permis de mettre en avant l'absence de formation des professionnels à l'interprétation des ECG. De plus, la pellicule de poussière, présente sur certains équipements du laboratoire, laisse à penser, qu'il y a une sous utilisation du matériel.

Une disponibilité des médicaments et matériels de soins commandés

Nous avons pu vérifier que les consommables commandés sont en général disponibles sous un délai de trois jours. Toutefois, il arrive que l'approvisionnement, de Vientiane, en poches de sang soit problématique, dans ce cas l'établissement organise le prélèvement de sang auprès des proches du patient.

Une gestion des stocks pharmaceutiques inefficace

Selon les sources, la fréquence des ruptures de stock est très variable. Si la direction de l'hôpital et les services administratifs affirment qu'elles ne se produisent que très rarement depuis la mise en place du RDC, les révélations d'autres professionnels laissent à penser que la situation est toute différente. Si l'on s'en tient aux déclarations du personnel de l'accueil, chargé de la facturation des ordonnances aux patients, 10 personnes, par jour, en moyenne, seraient dans l'obligation de se fournir dans les pharmacies privées, par manque de disponibilité à l'hôpital. Ce phénomène ne serait pas spécifique, à un service, mais commun à tous. Le personnel de la pharmacie parle, lui, de 4 à 5 patients par jour. Quand on les questionne sur les médicaments non disponibles, on s'aperçoit que ce sont des traitements couramment utilisés, tel que des hypotenseurs, anti-inflammatoires, progestatifs qui font défaut. Le personnel des urgences reconnaît, lui, que 3 patients par semaine ne trouvent pas, à l'hôpital, les médicaments prescrits.

Selon la direction de l'hôpital, cette difficulté rencontrée pour gérer les stocks pharmaceutiques peut trouver son origine dans la périodicité des commandes qui sont mensuelles, au lieu d'être trimestrielles ou semestrielles comme initialement prévu.

La pharmacie de l'hôpital perçoit son budget mensuellement, la fréquence des approvisionnements en découle et plutôt que d'acheter des consommables à crédit, ce qui la conduirait à payer des intérêts, l'option retenue a été d'effectuer des commandes mensuelles qui augmentent le risque de ruptures de stock.

Il ressort, également, de l'entretien réalisé avec un responsable du service des finances que les ruptures de stock se produisent plus fréquemment le week-end, certainement par manque

d'organisation de la gestion des stocks. Il faut également souligner que l'orientation des patients vers les pharmacies privées, trouve son origine chez certains médecins qui prescrivent des médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments essentiels de l'hôpital.

L'entretien réalisé avec le médecin traditionnel permet de mettre en évidence deux autres éléments. Ne pouvant disposer dans son service d'anti-inflammatoires ou d'huiles nécessaires au massage, ce médecin n'a jamais effectué de commande auprès de la pharmacie centrale et dirige ses patients vers la pharmacie de type 3, plus proche de son service, que la pharmacie de l'hôpital située à une centaine de mètres.

Les ruptures de stocks sont connues des patients interviewés, l'un d'entre eux en a été victime durant son séjour à l'hôpital.

Des ruptures en électricité et en eau rarissimes

Le personnel de l'hôpital souligne qu'elles sont relativement peu fréquentes à présent, et n'excèdent pas, en principe, une demi-heure.

3. Indicateurs des procédures

3.1. Le patient et sa prise en charge

➤ Droit et information du patient

Des patients très peu informés

Si de l'avis des professionnels, une information claire est délivrée aux patients, les entretiens et observations menés remettent sérieusement en doute ces affirmations. Non seulement ce manque d'information est décrit par les patients eux-mêmes, mais la très grande majorité d'entre eux était dans l'incapacité de déterminer quelle était l'utilité des traitements administrés, la finalité des soins et investigations prodigués et de décrire, même succinctement, l'affection dont ils étaient victimes. Rares sont les patients qui ont été informés du choix qui leur était proposé entre une hospitalisation en chambre collective ou individuelle et aucun des patients de chirurgie n'était en mesure de dire quel chirurgien l'avait opéré. De plus, une minorité regrette qu'en cas d'affection grave, seule la famille du patient soit tenue informée du diagnostic. Au-delà de ces considérations, l'observation des pratiques a révélé que les médecins s'attachent à apporter une information minimale au lendemain de l'intervention.

Les droits du patient

La notion d'intimité est certes contextuelle, toutefois certains éléments, tel que s'annoncer en frappant avant d'entrer dans une chambre et de fermer la porte des consultations externes lors des examens, sont deux éléments auxquels les patients seraient sensibles et qui ne sont pourtant respectés que par une infime minorité de soignants.

Le respect de la confidentialité connaît les limites des hospitalisations en chambre collective. De plus, nous avons pu vérifier que les dossiers stockés sur le bureau des salles de soins, bien qu'étant des zones de passage pour les patients et leur famille dans le service de chirurgie par exemple, sont laissés sans surveillance et sont donc accessibles à tout un chacun.

La liberté du patient est quant à elle respectée, en ce sens que le patient peut décider de son propre chef d'écourter son séjour ou de ne pas avoir recours à une intervention.

➤ **Dossier du patient**

Le dossier du patient : un outil à développer

Un dossier de patient n'est établi qu'en cas d'hospitalisation. Celui-ci comporte des informations d'origine administrative et celles communiquées par les professionnels de santé permettant un suivi de l'état du patient : dossier médical et dossier de soins. Il n'a pas été possible de juger de la continuité de sa tenue entre les différents services.

A la sortie du patient, le dossier est stocké au service administratif pour une durée de 7 ans. Les archives n'étant pas classées et relativement inaccessibles, on comprendra aisément qu'en cas de nouvel hospitalisation, le dossier relatif à l'hospitalisation antérieure ne soit pas acheminé dans les services.

➤ **Prise en charge des patients**

Accès

Un accès non optimal en fonction des saisons

Non seulement, l'accès à l'hôpital est rendu délicat en saison des pluies (la dernière portion de route n'étant pas goudronnée) mais il en est de même à l'intérieur de l'établissement, puisque l'accès à certains services nécessite de passer par des zones terreuses.

Le cheminement du patient dans l'établissement facilité

Un plan de l'organisation géographique des différents services est présenté à l'accueil de l'établissement et des indications au niveau de chacun des services permettent de faciliter le cheminement du patient. Les permanences d'accueil ne sont quant à elles pas affichées.

Qualité de l'accueil

- Moyens humains et matériels

Une permanence dans l'accueil

L'accueil et l'orientation des patients sont assurés sans discontinuité sur 24h, par deux personnes entre 8h00 et 16h00 et une, le reste du temps. Il nous est parfois arrivé, notamment pendant la période du déjeuner et le week-end, d'avoir trouvé portes closes et d'avoir attendu plusieurs minutes avant de trouver quelqu'un capable de nous renseigner. Un standard téléphonique permet de recevoir des appels extérieurs, mais ne permet d'émettre des communications qu'à l'intérieur de la province. Malgré l'existence de ce standard, la population n'y a pas recours.

Des salles d'attente improvisées

Les quelques bancs installés près de l'accueil et longeant les services font offices de salle d'attente mais devant l'afflux de population entre 7h00 et 10h00, la capacité d'accueil est cependant réduite.

- Délais de prise en charge

Des délais qui découragent les patients

Les enquêtés se sont massivement plaints du délai d'attente à l'hôpital, qu'il soit dû à la complexité du parcours administratif obligatoire précédant la consultation ou, lié à une fréquentation importante du service de consultations, particulièrement pendant la saison des

pluies et le lundi matin, le service des consultations étant fermé le week-end. L'observation des arrivées dans l'établissement a montré que de manière générale, l'accès aux consultations nécessite une attente d'une heure trente à deux heures ; par contre, les urgences sont prises en charge rapidement. En résumé, et ce de l'avis général, on ne se rend à l'hôpital que si l'on a le temps.

Une fois hospitalisés, les patients reconnaissent que les soignants sont disponibles en répondant aux demandes sous un délai de 10 minutes en moyenne.

Un délai de prise en charge fonction du niveau socio-économique du patient et de son degré d'intimité avec le personnel

Dans la plupart des entretiens, l'existence d'une offre de soins à deux vitesses à l'hôpital était manifeste, que ce soit dans l'attente (service rapide pour les VIP, les membres de la famille des fonctionnaires de l'hôpital...), ou dans l'accueil (manque de considération). Ceci a pu être vérifié sur le terrain : proches de soignants dispensés d'attente aux consultations ; et lors d'un entretien avec un chirurgien qui rapportait que moyennant finance, il était possible d'être opéré plus rapidement, si tant est que le cas des autres personnes à opérer ne relève pas de l'urgence.

Beaucoup estiment que si le patient n'a pas d'argent il rencontrera plus de difficultés pour se faire soigner. Cette discrimination sociale reste un sentiment général formulé de la manière suivante par un enquêté : « il faudrait que les médecins pensent plus au cœur du patient qu'à son porte-monnaie ». Sont ainsi soulignés, notamment lors de l'hospitalisation, le manque d'attention portée au patient et le peu de suivi de l'équipe soignante.

Des rendez-vous en partie non tenus

Il est envisageable de programmer son intervention chirurgicale et de choisir son praticien, mais l'emploi du temps peu prévisible des chirurgiens fait que les actes planifiés sont assez souvent reportés.

- Accueil de l'entourage

Des proches très présents à qui l'on accorde peu d'égard

Les moyens consentis à l'accueil des proches du patient sont pour le moins sommaires. Ceci mérite d'autant plus d'être souligné que dans l'immense majorité des cas le patient vient accompagné à l'hôpital et qu'au-delà du soutien apporté par les proches, leur présence est indispensable à plusieurs égards. Ces derniers assistent, en effet, le patient dans ses gestes de la vie quotidienne, l'approvisionnent en consommables qui ne sont pas forcément disponibles à l'hôpital et lui procurent son alimentation, l'hôpital ne fournissant aux malades que deux portions de riz par jour.

Les familles investissent donc les chambres, des lits de fortune sont improvisés à même le sol, les plus chanceux occuperont des lits inoccupés, l'espace d'une nuit.

Qualité des prestations

- Conduite de la prise en charge

- Continuité

La permanence de l'offre de soins

L'offre de soins est assurée 7 jours/7, 24h/24 pour l'ensemble des services à l'exception des services d'imagerie et de consultations qui ferment leurs portes le week-end et entre 16h00 et 8h00. En cas de nécessité, un service d'astreinte a été établi pour le service d'imagerie et les

professionnels se déplacent moyennant le paiement d'un supplément. Les consultations sont quant à elles prises en charge par le service des urgences. Le week-end, les deux médecins en charge des urgences assurent un service sur 24h. Cependant, lors de notre venue un dimanche à 10h00, un seul médecin occupait réellement son poste, son collègue étant attendu. Seul deux chirurgiens se partagent les astreintes depuis leur domicile, ils déclarent pouvoir se rendre à l'hôpital dans un délai de 10 minutes, mais soulignent que ces gardes alternées, une semaine sur deux, sont pesantes.

Des retards quasi systématiques des professionnels

Si l'équipe de jour est censée assurer des horaires allant de 8h00 à 11h30 et de 13h 30 à 16h00, ces plages horaires sont loin d'être respectées. Le service de l'accueil des consultations est sans doute le plus révélateur de ces dysfonctionnements. Bien souvent le personnel de l'accueil n'arrive qu'à 9h et parfois même 10h pour les médecins, pour quitter ses fonctions vers 11h. Les patients informés de ces horaires informels, et les critiquant vivement, savent malgré tout qu'il leur faut arriver tôt afin d'être auscultés rapidement une fois le médecin arrivé.

Les relèves garantes de la continuité entre les équipes et les services

Se tient tous les matins, sauf le week-end, entre 8h00 et 8h30 une relève qui est l'occasion pour les équipes de jour et de nuit, des différents services, d'échanger sur l'évolution de l'état de santé des patients. Elle favorise ainsi la continuité des soins entre les professionnels mais aussi entre les différents services de l'établissement.

- L'établissement dans la pyramide sanitaire

Le manque d'échange entre professionnels de différents établissements

Les contacts établis entre les professionnels et les autres structures de soins sont minimes et il n'existe pas de concertation relative à leurs pratiques entre professionnels. Ceci se vérifie dans les propos de certains patients de l'hôpital qui estiment que les transferts de patients présentant des affections graves sont souvent trop tardives. Une fois planifiés, ces transferts sont tout de même organisés, puisque le patient est acheminé vers sa structure d'accueil accompagné d'une feuille de liaison censée assurer la continuité des soins. Ceci étant, aucune communication téléphonique n'est jamais établie avec la structure de transfert.

- Globalité

Un cloisonnement entre les soins préventifs, éducatifs et curatifs

Le terme de globalité dans les soins semble excessif. On note un effort réel de lier les services curatifs à celui de la médecine traditionnelle, les patients fréquentant ce service étant pour l'immense majorité adressés par les services de consultations et d'hospitalisation et inversement, puisque certains produits fabriqués par le médecin traditionnel trouvent aujourd'hui leur place dans la pharmacie centrale de l'hôpital et sont distribués aux patients n'ayant pas un recours direct à ce service. Aux dires des soignants, la prévention et l'éducation à la santé, seraient abordées avec les patients des services de consultations et d'hospitalisation. Toutefois, cette intégration de la prévention ne se retrouve pas dans les faits : les services de pédiatrie ne sont pas équipés en moustiquaires et dans les autres services l'équipement de grilles aux fenêtres n'est d'aucune utilité puisque les portes restent ouvertes ; la pharmacie ne dispose pas de moustiquaire à la vente,... ni de préservatif d'ailleurs. Ce manque de complémentarité dans la couverture des besoins éducatifs, préventifs et curatifs se retrouve dans le discours de la population qui associe l'hôpital uniquement aux prestations curatives qu'il peut apporter.

- Qualité

Il est important de noter qu'environ un quart des personnes interrogées dans les villages ne s'est pas prononcé sur la question de la qualité, que ces personnes soient ou non utilisatrices des services. Celles qui se sont exprimées, semblent globalement satisfaites de la qualité des soins offerte par l'hôpital même si certaines évoquent la vétusté des bâtiments et le manque d'hygiène. A contrario, la qualité de l'hôpital a unanimement et massivement été critiquée par les agents de santé villageois.

Des progrès à accomplir en terme d'hygiène

L'hygiène des locaux est assurée, deux fois par jour, par le personnel d'entretien en semaine et par les équipes soignantes le week-end. Concrètement, une fois balayés, les sols sont entretenus avec des produits domestiques classiques sans valeur désinfectante réelle. Devant l'insuffisance de l'entretien, ce sont bien souvent les familles qui en ont la charge. N'étant pas carrelés, les services des urgences et des soins intensifs sont de loin les services où les règles d'entretien de base sont les moins respectées. La visite du bloc a permis de constater qu'il ne dispose que d'une seule salle aseptisée, que sur les paillasses et les chariots de soins se mêlent le linge souillé et propre qui servira à d'autres patients. Il nous a même été proposé, par un employé, de visiter le bloc sans être préalablement vêtues d'habits stériles. Nombreux sont les patients qui sont alités à même le matelas et ne disposent d'aucun drap.

Si les patients hospitalisés en chambre individuelle disposent d'un accès à l'eau, ceux qui fréquentent les chambres collectives en sont privés. N'ayant pas de bassine, ni de linge à disposition il reste difficile aux familles d'assurer les soins corporels de leur proche, ce qui rend très vite l'atmosphère nauséabonde.

Des consultations sommaires

Au cours des consultations auxquelles nous avons pu assister, les prescriptions n'étaient pas toujours précédées d'auscultation, quand bien même des examens complémentaires étaient prescrits. D'une durée moyenne de 5 voire 10 minutes, il n'y avait généralement que très peu d'interaction entre les patients et les professionnels. Il est cependant délicat de généraliser ces attitudes à l'ensemble des professionnels, seuls quelques médecins ayant pu être observés.

Vers un respect des protocoles

De l'avis des professionnels, le respect des protocoles n'est toujours pas une réalité mais, l'effort consacré par la direction de l'établissement à la formation des prescripteurs, à l'utilisation des guidelines, devrait aller dans ce sens.

Il serait mal venu de juger des capacités diagnostiques et techniques des professionnels, ne connaissant pas le degré d'exigence requis au niveau national. La tendance générale est toutefois de voir les patients hospitalisés sous perfusion (à visée hydratante bien souvent), or l'exécution de la prescription est loin d'être rigoureuse. Ceci s'explique par le fait que les infirmières passent en moyenne 1 à 2 fois par jour dans les chambres. L'observation des pratiques infirmières a malgré tout permis de s'assurer que les actes étaient réalisés de façon stérile. Cependant, le port de la blouse n'est pas toujours respecté mais ceci uniquement le week-end.

- **Sortie**

Les sorties ne sont pas planifiées, dans le meilleur des cas elles sont annoncées la veille sans spécification de l'horaire de départ. Une fois le médecin vu et l'ordonnance en poche, libre au patient, pour poursuivre son traitement à domicile, de s'approvisionner à l'hôpital ou d'avoir recours aux pharmacies privées.

La famille étant systématiquement au chevet des personnes hospitalisées, elle est la première informée de l'état critique du patient. Presque toujours, le retour à domicile du proche est organisé, étant admis que la fin de vie doit se dérouler dans la sphère privée.

➤ **Paiement des soins**

Une tarification qui s'applique de façon relativement homogène entre les personnes même si l'on compte quelques privilégiés

Si l'on s'en tient aux déclarations de la population, à l'hôpital comme dans les villages, le respect de la tarification des actes semble faire l'unanimité parmi les personnes enquêtées. En aucun cas, il n'a été rapporté qu'un supplément ait dû être payé pour améliorer de quelque manière que ce soit les prestations offertes. Toutefois, pour avoir interrogé la proche d'un médecin de l'hôpital, qui déclarait ne pas payer les frais liés à la chambre (alors qu'elle occupait la chambre la plus accueillante), on peut s'autoriser à apporter quelques nuances. De la même manière, un chirurgien a reconnu que, moyennant finance, il était possible pour un patient d'écourter son délai d'attente avant une intervention.

De plus, il apparaît clairement, dans les entretiens menés avec les professionnels, que ces derniers bénéficient dans une certaine mesure de la gratuité des actes, au-delà du check-up annuel toléré. En effet, selon leur position dans la hiérarchie de l'hôpital, leur degré d'intimité avec le prescripteur, ils bénéficient de la gratuité totale ou partielle des prestations.

Le recours aux crédits, une époque presque révolue

Les crédits sont occasionnels et réservés aux professionnels uniquement sur les produits anesthésiques et les actes chirurgicaux. Les modes de financement restent monétaires, les trocs n'étant pas autorisés.

Le système de gratuité qui ne profite pas qu'aux bénéficiaires officiellement désignés

Les montants consacrés au système de gratuité, bénéficient dans la réalité à plus d'honorables que prévu. Ceci pour des raisons très simples que le directeur formule ainsi : « il n'est pas envisageable de demander une participation financière à un supérieur hiérarchique ».

Ce principe étant appliqué à chacun des échelons de l'organigramme, sont exemptés une partie importante des personnels mais aussi les représentants des services de tutelle de l'hôpital.

On peut toutefois s'interroger sur la prise en charge efficace des indigents suite aux déclarations faites par un patient Hmong. Celui-ci est arrivé un lundi matin de son village, situé à plus de 90 km de l'hôpital, pour des douleurs liées à des calculs vésicaux. Ne pouvant justifier de sa capacité à payer, il a été demandé à son épouse de retourner au village pour rassembler la somme nécessaire à la prise en charge hospitalière. Durant les trois jours qu'elle a consacré à rechercher cette somme, le patient est resté seul à l'hôpital, sans aucune intervention de la part des soignants et alimenté par ses voisins de chambre. Le problème du financement des actes n'a visiblement pas été abordé par les professionnels avec ce patient, puisqu'il ignorait, leur de notre venue, les principes du système de gratuité aux indigents.

Des coûts acceptables par la population bien que difficilement surmontables

Concernant le coût des soins, peu de personnes interviewées estiment que l'hôpital est cher, le prix est en général considéré « normal. » Toutefois, en cas de maladie grave, elles restent nombreuses à affirmer ne pas posséder l'argent nécessaire, car l'hospitalisation représente obligatoirement une dépense financière très importante. Acheter au marché ce que l'on cultive au village, devoir payer pour se nourrir et nourrir ses proches durant le séjour à l'hôpital tout

en mobilisant parallèlement de la main d'œuvre (une à deux personnes généralement) reste en effet une charge financière manifeste pour la majorité des enquêtés.

3.2. Management et gestion

➤ Management

Des équipes qui souffrent d'un manque de supervision

Les équipes de chacun des services sont censées être managées par un médecin. Dans les faits, cette supervision n'a pas lieu, ce qui maintient les professionnels dans le flou (les responsabilités n'étant pas vraiment déterminées), et favorise le glissement des tâches qui peuvent se révéler dangereuses dans certaines circonstances.

Une faible politique de communication de l'hôpital

Au-delà de ses murs, l'hôpital ne fait que très peu de sensibilisation et de prévention. L'information en milieu général sur l'existence du système de gratuité aux indigents n'a pas fait l'objet de campagne de communication par l'hôpital. Cette absence de communication est stratégique en ce sens que l'établissement est actuellement dans l'incapacité de faire face à l'ensemble des demandes des bénéficiaires présumés.

➤ Gestion

- Gestion des ressources humaines

Des retards quasi institutionnalisés

Si le directeur reconnaît volontiers que les retards des professionnels de santé paralysent indéniablement le fonctionnement de l'établissement, il n'en reste pas moins qu'aucune sanction n'est appliquée. Abordé lors des relèves journalières, ce phénomène, qui concerne avant tout le personnel auxiliaire, n'a jusqu'alors trouvé aucune solution.

Le recyclage des professionnels peu pertinent

Les entretiens menés auprès des professionnels ont permis de mettre à jour un dysfonctionnement dans la gestion du personnel. A titre illustratif, les responsables des services de statistiques et de finances sont des médecins de niveau moyen, à qui l'on a attribué des fonctions auxquelles leur formation ne les avait nullement préparé. Le médecin traditionnel avoue quant à lui, avoir eu à quitter le service de la santé provinciale pour ce poste dont il ne voulait pas. N'ayant aucune compétence, il a reçu une formation au centre de médecine traditionnelle de Vientiane et a appris, au cours des années, à apprécier un tant soit peu sa nouvelle fonction.

Des professionnels peu stimulés

Il n'existe, à vrai dire, pas de véritable stratégie de motivation des professionnels. Les formations proposées sont extrêmement rares et concernent principalement les personnels déjà hautement qualifiés (trois médecins sont actuellement en formation). Les conditions de travail loin d'être optimales et les maigres salaires perçus concourent eux aussi au désengagement des acteurs. Le choix qui a été fait de consacrer et de répartir une partie des excédents du RDC en primes systématiques destinées au personnel et attribution complémentaire de primes au mérite, tente de pallier, en partie, à ce problème. Cependant, les critères d'évaluation du personnel ne sont ni décrits ni évalués, le jugement porté sur le professionnalisme du personnel reste donc très subjectif.

- Gestion des ressources logistiques

Une maintenance insuffisante des équipements

Deux employés ont en charge la maintenance des équipements et des bâtiments. Sans véritable formation et dépourvus de moyens, ils ne sont pas en mesure actuellement de répondre aux besoins de maintenance de l'hôpital.

Une élimination des déchets non efficace

L'hôpital a instauré un système de tri sélectif des déchets (aiguilles, flacons, plastiques, produits souillés), appliqué de façon inégale selon les services. Leur élimination, non planifiée, dépend du bon vouloir d'un villageois atteint de troubles psychiques. Celui-ci se rend en moyenne, deux à trois fois par semaine dans les services, rarement le week-end, et organise le transport des déchets jusqu'à la fosse où l'ensemble du tri est entreposé. Les déchets organiques, comme le placenta par exemple, ne sont pas incinérés mais enterrés, à proximité de l'hôpital, par cet homme ou par les proches des patients s'ils en font la demande.

Une gestion des risques incendie inexistante

Aucune simulation n'a jamais été organisée pour préparer les professionnels à faire face, le cas échéant, à un incendie survenant dans l'enceinte de l'établissement.

Des transferts efficaces vers les hôpitaux de la capitale

Deux ambulanciers se relayent pour assurer les transferts de patients entre l'établissement et les hôpitaux centraux, ce service étant facturé 400 000 kips au patient. Dans l'éventualité d'un transport vers les pays voisins, celui-ci n'est pas pris en charge par l'établissement et relève de l'organisation des proches.

- Gestion du système d'information

Un système d'information à développer

La tenue des registres de consultations et d'hospitalisations est très variable selon les services. Si ceux-ci sont relativement bien tenus en chirurgie et pédiatrie, il n'en n'est pas de même pour les autres services, ce qui rend la lisibilité de l'activité réelle quelque peu difficile. Les statistiques étant élaborées par un médecin de niveau moyen, se basant sur les rapports mensuels d'activité de chacun des services, il convient d'interpréter avec prudence les données globales relatives à l'activité de l'hôpital.

- Gestion de la qualité

Des rencontres hebdomadaires des professionnels de niveau supérieur, animées par la direction de l'hôpital, permettent de sensibiliser les prescripteurs à l'importance du respect des guidelines. Cette harmonisation des pratiques médicales concourt à une meilleure gestion de la qualité des soins. Sont également abordés lors de ces réunions, la maîtrise du risque infectieux, la vigilance sanitaire et la conduite à tenir face aux nouvelles affections.

ANNEXE 12 : COUTS DE CERTAINES PRESTATIONS **A L'HOPITAL DE PAKSANE**

Tableau : Montants indicatifs des débours des patients
en fonction du motif de recours aux soins

Interventions selon les services	Débours moyen	Débours minimum	Débours maximum	Nombre moyen de journées d'hospitalisation
Service de chirurgie				
Appendicite	868.000	506.000	1.967.000	5
Césarienne	1.220.000	608.000	2.190.000	8
Grossesse extra utérine	1.028.000	1.442.000	773.000	6,5
Service des consultations				
Colique néphrétique	39.120	30.550	60.630	
Névralgie	23.590	10.500	35.000	
Syndrome paludéen	23.940	17.800	40.530	
Service de maternité				
Accouchement sans complication	103.000	43.000	200.000	1,5
Accouchement avec complications	309.000	120.000	820.000	2
Avortement	130.000	63.000	336.000	1
Service de médecine interne				
Dengue	182.000	126.000	292.000	4
Gastrite	136.000	44.000	278.000	2,5
Service de pédiatrie				
Diarrhée	74.000	42.000	193.000	2,5
Leptospirose	352.000	96.000	797.000	7
Pneumonie	132.000	59.000	298.000	3,5

ANNEXE 13 : CALCUL DU MONTANT DE COTISATION ANNUELLE

Compte tenu des éléments dont nous disposons, c'est à dire aucune antériorité de "consommation" associée à un système de remboursement de frais d'hospitalisation, le Directeur de l'actuariat de l'AG2R a validé le raisonnement ci-dessous.

Tableau des éléments chiffrés en notre possession

Nombre de familles	7528
Nombre d'hospitalisation en 2001/2002	2596
Nombre d'hospitalisations en 2002/2003	3184 (soit + 22,65%)
Durée moyenne d'une hospitalisation	3 jours
Coût moyen d'une journée d'hospitalisation	80 000 kips

Par conséquent :

Frais de gestion prévisionnels	20%
Marge de sécurité sélection inverse	30%
Coût annuel hospitalisation	$(3184 \times 1,2265) \times 3 \times 80\ 000 = 937\ 242\ 240$ kips
Budget annuel mutuelle	$(937\ 242\ 240 \times 1,30) \times 1,20 = 1\ 462\ 097\ 894$ kips
Cotisation annuelle par famille	$1462\ 097\ 894 : 7528 = 194\ 221$ kips arrondi à 200 000 kips

Réserve : Ceci serait éventuellement valable pour une mutuelle démarrant en 2004. Il nous faudra revoir la validité de ce tarif en fonction de l'évolution des paramètres qui ont servi à son élaboration.

ANNEXE 14 : TERMES DE REFERENCES ET BUDGET DE L'ETUDE

A. Objectifs de l'étude

Cette étude devra permettre de recueillir tous les éléments nécessaires à l'élaboration d'une proposition d'expérimentation d'une assurance santé à caractère mutualiste au Laos.

1. Par rapport à la situation locale

Cette étude devra permettre de délimiter la future zone du projet à l'intérieur de la province (Pakxan et ses alentours). De plus, en parallèle des enquêtes décrites ci-dessous, on pourra confirmer et compléter les données collectées durant les étapes déjà réalisées car elles peuvent avoir des conséquences importantes pour les orientations du futur projet :

- Données démographiques.
- Données socio-économiques et culturelles.
- Besoins sanitaires et médicaux prioritaires.
- Qualité de l'offre de soins.

Cela sera aussi le moyen d'identifier les personnes qui seront susceptibles de s'impliquer dans le fonctionnement de la future structure.

2. Par rapport au projet envisagé

Cette étude qui a pour but de permettre de définir à terme le mode de mise en place d'un système assurantiel à caractère mutualiste doit réellement permettre de mieux cerner le contenu du projet à venir. Vu le caractère innovant de la proposition, il n'est cependant pas exclu qu'après cette étude on soit amené à conclure qu'il faut réorienter l'idée initiale.

Pour pouvoir prendre des décisions et avancer vers la définition d'un projet en connaissance de cause il est important de détailler les connaissances sur plusieurs aspects :

- Aspects assuranciers après explication du concept et du principe.
- Aspects financiers.
- Aspects sanitaires.
- Autres besoins ressentis comme prioritaires et pouvant ressortir d'une assurance à caractère mutualiste.
- Permettre de définir les modalités de mise en place du futur système ceci en regard de l'analyse des risques et des contraintes.
- Permettre de définir les modalités de pérennisation du système dans le contexte juridique et institutionnel lao.

3. Par rapport au partenaire

En plus de la réalisation de l'étude proprement dite, ce travail sur plusieurs mois impliquera de collaborer au jour le jour avec les partenaires pour leur faire sentir les avantages et les complexités de la mise en place d'un tel système novateur pour le Laos et de cerner davantage les attentes et l'intérêt des partenaires. Tout ce cheminement en commun permettra, au moment où l'on sera en phase de montage du projet d'avoir l'assurance de la participation à 100% de la part des partenaires mais aussi des personnes directement concernées via les enquêtes et les échanges qui auront lieu lors des restitutions à Pakxan et à Vientiane.

Cette volonté d'impliquer fortement les partenaires locaux dans la réalisation sera à afficher dans la méthodologie de l'étude au jour le jour.

B. Termes de référence et méthodologie

1. Présentation détaillée des points à étudier

Au cours de l'étude les points suivants seront étudiés en détail et simultanément à la fois dans la bibliographie, les enquêtes de terrain et au cours des restitutions. Il y aura une répartition des thèmes entre les différentes personnes de l'équipe.

1) Aspects sanitaires (à compléter en fonction des données déjà collectées sur certains points) :

- Approfondir les données sur l'occurrence des risques et des pathologies d'une part et d'autre part sur le coût des traitements nécessaires.
- Nature des besoins prioritaires en matière de santé, affections les plus courantes, modalités des recours aux soins...
- Dépenses engendrées par les foyers pour les besoins de santé : niveau, répartition, difficultés à payer (étude de budget familiaux)...
- Cette assurance pourra-t-elle améliorer la santé du groupe (prévention, recours plus systématique aux soins...) et dans quelles proportions ?
- Caractériser l'offre de soins : Nature, nombre, qualification des services de santé ; taux de fréquentation, perception de la qualité par les populations suivies ; motivation des personnels de santé...
- Evaluer la possibilité de convention de collaboration entre les prestataires et l'assurance : fixation des prix, qualité du service rendu¹⁴, types de structures pouvant être conventionnées...

2) Aspects assuranciers (après explication du concept et du principe) :

- Intérêt de payer à l'avance pour un événement adverse, non souhaité, et potentiel (sans possibilité de récupérer la somme versée si l'événement ne survient pas...) ; qui a la capacité à payer, combien, comment, pour quoi ? Il s'agit d'apprécier le niveau de cotisation en fonction des prestations fournies et du niveau de revenu des habitants.
- Qui (personnes, structures) composera le « conseil d'administration » de la future structure ?
- Qui gèrera au quotidien le système et comment (collecte des cotisations, règlement des soins, comptabilité, etc.) ?

3) Aspects financiers :

- Capacités de placement des fonds du système (cotisations) pour éviter l'érosion des fonds provenant des paiements effectués par les participants¹⁵.
- Possibilité de créer un fonds de garantie initial.
- Système comptable à mettre en place en tenant compte de la législation lao.
- Codification des actes, ...

¹⁴ Ce point de la qualité du service rendu est très délicat à décrire, même dans les pays occidentaux ; On peut imaginer l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques portant sur une dizaine (ou plus ?) d'affections courantes, adaptées au contexte local, et régulièrement actualisées ; Les discussions des cas cliniques et le suivi régulier des pratiques pourraient servir d'indicateur.

¹⁵ Un examen des possibilités de placement auprès des établissements financiers pourra être conduit dans le but de définir les conditions de sécurisation des fonds des participants au système face aux risques d'érosion monétaire ou de convoitise externe. Toutefois, il convient de préciser que, compte tenu des faibles montants considérés, des avances pour l'achat de médicament ou de consommables par l'Hôpital pourraient constituer des pistes d'étude intéressantes comme solution alternatives aux placements financiers.

- Estimation des moyens à mettre en œuvre pour la mise en place du système (fonds de garantie, besoins en formation, recrutements nécessaires, équipements, etc.).
- 4) Autres besoins ressentis comme prioritaires et pouvant ressortir d'une assurance à caractère mutualiste (frais de décès, certains frais pour mariage, de naissance...) par exemple sous forme d'une option prévoyance.

Un complément d'informations sera particulièrement recherché pour les questions suivantes¹⁶ :

- 5) Aspects démographiques (à compléter en fonction des données déjà collectées) : Effectif et croissance de la population, répartition géographique et ethnique, migrations...
- 6) Aspects socio-économiques et culturels (à compléter en fonction des données déjà collectées) : Activités socio-économiques, niveau des revenus et pouvoir d'achat, formes d'organisations existantes (organisations de masse, comités d'entraide,...), taux d'alphabétisation...
- 7) Aspects politiques et institutionnels : Modalités de pérennisation du système dans le contexte juridique et institutionnel lao.

2. Méthode et étapes de l'étude préalable

Les deux chargés de mission devant partir au Laos bénéficieront d'une préparation au départ spécifique sur le modèle de ce qui est fait pour les expatriés du CCL (40 heures de cours de lao, lecture de documentations sur le Laos, rencontre de spécialistes de différentes questions sur le Laos, au total deux à trois semaines à temps plein¹⁷). De plus la personne qui dans le binôme sera plus particulièrement chargée d'explorer les aspects assurantiels et financiers fera plusieurs mois de stage à l'ICOSI avant le début de l'étude.

L'étude sera découpée en plusieurs phases :

Phase 1 : Travail bibliographique et de préparation en France et au Laos.

Les deux chargés de mission qui partiront ensuite au Laos étudieront la bibliographie collectée à la fois concernant le Laos, le système de santé lao, les informations sur les assurances au Laos et sur différentes expériences menées par d'autres ONG dans d'autres pays.

Ils pourront travailler également avec les personnes qui assureront le suivi de l'étude en fonction de leurs compétences (données techniques, montages des protocoles d'enquêtes, etc.). les personnes ressources sont présentées dans le paragraphe décrivant les moyens de l'étude.

Un travail de cadrage avec l'actuaire d'AG2R sera aussi réalisé.

Phase 2 : Enquêtes de terrain pour collecter des données et mesurer l'implication des futurs bénéficiaires.

Un travail de terrain approfondi devra permettre d'apprécier la faisabilité du projet, déterminer les besoins concrets de la population, réaliser les projections financières et les prestations à octroyer.

¹⁶ Sur ces points différents éléments ont été collectés lors des précédentes missions et sont disponibles dans les rapports d'activités de l'hôpital de Pakxan. Il s'agira surtout de trier et d'analyser les données disponibles.

¹⁷ Il y a donc 4 parties lors de cette formation au départ : apprentissage de la langue lao (initiation à l'oral, à la lecture et à l'écriture), connaissance générale sur le Laos (histoire, géographie, démographie ; paysage ethnologique, cultures et bouddhisme lao ; agricultures ; système de santé, pratiques alimentaires ; situation politique et économique ; l'intervention des ONG au Laos), connaissance du CCL (histoire, situation actuelle, fonctionnement), connaissance du projet (bibliographie technique, sur la zone d'action et sur les actions CCL antérieures sur la zone ; le contenu technique du projet).

L'ensemble de ce travail d'enquête sera réalisé en impliquant la population (paysans, commerçants, fonctionnaires, etc.) ; les représentants de la population (chefs de villages, bonzes, l'association des femmes, l'association des jeunes, les représentants locaux des syndicats) ; les personnels de l'hôpital et les cadres de la santé ; les autorités de la province et du district. Le système d'assurance qui pourrait être mis en place à la suite de l'étude nécessitant une implication forte des bénéficiaires, il est fondamental qu'ils soient au cœur de l'étude préalable.

Il faudra donc mener de nombreux entretiens individuels et collectifs en tenant compte des différents groupes de la population (homme, femme, riche, pauvre, catégories socio-professionnelles, personnel médical, thérapeutes traditionnels, de la ville de Pakxan et de ses alentours, etc.). Le travail s'effectuant en grande partie avec un traducteur il sera très important d'intégrer cette contrainte dans le déroulement de l'étude. Il est important de relever à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les données à collectées seront définies précisément des les protocoles d'enquêtes établis à l'étape précédente (objectif du point 1 ci-dessus).

Ce sont les deux chargés de mission et le responsable lao (Cf. plus loin) qui réaliseront ce travail.

Une mission d'appui CCL/ICOSI/AG2R sera réalisée au début de cette phase de terrain pour introduire l'étude et cadrer les interventions sur le terrain.

Une mission d'appui CCL sera réalisée au cours de la période d'enquête de terrain sur le suivi des enquêtes et un éventuel recadrage méthodologique.

Un appui à distance régulier sera réalisé en particulier par l'ICOSI (téléphone et E mail fonctionnent à Pakxan) ; l'AG2R mettra à disposition un actuare pour la réalisation des calculs.

Phase 3 : Analyse des données et construction de schémas de propositions.

Lors de cette période l'équipe de terrain et les personnes de l'encadrement (G. Sohm P. Matthias, H. Maury et J-P. Deschamps) seront impliquées pour arriver à finaliser la présentation des données ainsi que la ou les hypothèses qui seront présentées lors des séminaires de restitution.

Phase 4 : Séminaires de restitution à Pakxan et à Vientiane (préparation et réalisation).

A la suite de la collecte des données, l'équipe réalisant l'étude rédigera un document décrivant la situation et présentant des propositions d'actions. Le travail réalisé et les hypothèses seront présentés à Pakxan lors d'un séminaire de restitution en présence des personnes ayant été mobilisées au cours de l'étude. Ce séminaire regroupera donc : les responsables lao concernés, les représentants des futurs bénéficiaires, les responsables des structures de soins partenaires, les représentants de AG2R, de l'ICOSI et du CCL (troisième mission de suivi). Cela sera une nouvelle occasion d'échanges entre l'équipe de la mission et les participants mais aussi entre les participants. Un deuxième séminaire sera réalisé à Vientiane pour informer et sensibiliser les autorités et les responsables des autres projets touchant de près le secteur assurantiel. Cela sera l'occasion de retransmettre les échanges du premier séminaire.

Le document présenté lors des restitutions pourra ainsi être enrichi par le contenu des débats. C'est à partir de tout ce travail que les partenaires français et lao travailleront après l'étude pour établir un document de projet.

Les équipes qui seront impliquées sur le futur système assurantiel auront été identifiées lors de l'étude. Ainsi il sera possible de s'appuyer sur des personnes motivées et prêtes à monter puis gérer le système (gestion « politique », gestion comptable et financière).

Phase 5 : Finalisation du rapport.

Cette dernière étape sera réalisée par les deux chargés de mission avec des échanges plus que réguliers avec leurs encadrants et les lao ayant été impliqués directement. Le rapport qui reprendra l'ensemble des données, leur analyse, le contenu des hypothèses présentées et le rendu des débats lors des restitutions intégrera également des données tirées d'autres expériences menées dans d'autres contextes (Cambodge, Mali, OMS Laos, etc.) afin de permettre de construire ensuite un document de projet.

Une fois le rapport finalisé, une réunion de restitution sera organisée au sein du F3E pour exposer les résultats de l'étude.

3. Rôle du CCL

Le CCL aura un rôle marqué dans le travail réalisé en particulier sur les points suivants :

- Organisation générale de l'étude.
- Appui institutionnel et contact avec les autorités.
- Préparation au départ des chargés de mission.
- Réalisation de missions d'appui (compétences Laos, santé publique et méthodologie d'enquêtes, système de santé lao).
- Encadrement des chargés de mission.
- Appui administratif et logistique.
- Apport de fonds.
- Suivi comptable et rédaction des comptes-rendus financiers.

4. Rôle du partenaire local

L'hôpital de Pakxan aura un rôle marqué dans le travail réalisé en particulier sur les points suivants :

- Participation au travail de collecte de données.
- Co-animation de la phase de restitution à Pakxan et à Vientiane.
- Encadrement des chargés de mission par des réunions hebdomadaires tout au long de la phase de d'enquêtes et d'analyse des données (Compréhension de la zone et des dynamiques locales, aide à la compréhension et à l'analyse des données collectées).
- Participation aux phases de rédaction (relecture, traduction au lao en contrôlant particulièrement le vocabulaire employé).
- Appui administratif (visa, logistique).

5. Autres acteurs impliqués dans l'étude préalable

L'ICOSI et AG2R auront une implication très forte au cours de cette étude en particulier sur les points suivants :

- Préparation au départ des chargés de mission (l'un d'eux passera plusieurs mois au siège de l'ICOSI avant le départ au Laos).
- Réalisation de missions d'appui (compétences techniques financières et assurantielles en particulier).
- Encadrement des chargés de mission à distance (appui technique et financier).
- Apport de fonds.
- Participation au travail d'analyse des données (à titre d'exemple : mise à disposition d'un actuaire).

- Co-animation de la phase de restitution à Pakxan et à Vientiane.

C. Moyens

1. Moyens humains

Ce travail que l'on souhaite étendre sur une durée assez longue (six mois environ) sera piloté par des spécialistes techniques de l'ICOSI et AG2R (Cf. paragraphes ci-dessus) qui seront ensuite impliqués avec le CCL dans les phases ultérieures du projet. Le responsable de l'opération sera le Dr Hugues Maury initiateur de ce processus qui a réalisé les premiers contacts, la première mission de terrain et suivra pour le CCL le futur projet.

Participeront directement à la mission :

- Un chargé de mission issu d'un « DESS développement » particulièrement sensibilisé à la problématique assurantielle et qui sera sous la responsabilité administrative de l'ICOSI (5,5 mois). Cette personne aura des compétences en sociologie et une connaissance des pays en développement.
- Un chargé de mission issu d'un DESS de santé publique particulièrement sensibilisé à la problématique assurantielle et une connaissance des pays en développement. Il sera sous la responsabilité administrative du CCL (5,5 mois).
- Un homologue lao qui sera pleinement impliqué sur toute la durée de l'étude en particulier pour les aspects montage méthodologique et pour l'analyse. Cette personne qui pourra être un fonctionnaire, sera un médecin formé en santé publique et économie de la santé et manifestant si possible un intérêt sur les questions assurantielles.
- Trois missions d'appui technique telles que décrites ci-dessus (Cf. au paragraphe deux les profils des personnes en charge de ces missions : G. Sohm, P. Mathias, H. Maury, JP. Deschamps¹⁸) complétées par un appui régulier à distance par E-mail.
- Un appui du CCL sur place à partir du bureau basé à Vientiane : connaissance des institutions, connaissance de la santé publique lao. Cette structure assurera également la logistique et la gestion courante durant la phase d'enquête et s'impliquera sur l'organisation des séminaires de restitution des résultats de l'étude. Cet appui sera en particulier le fait de Frédéric Banda (Directeur du CCL au Laos depuis 1993).
- Deux traducteurs/assistants.

¹⁸ Gilles Sohm est le Directeur général de l'ICOSI et a participé à la mission d'identification de mars 2003). Paul Mathias est Directeur international du groupe AG2R et a participé à la mission d'identification de mars 2003. Ces deux personnes appuieront l'équipe de terrain plus particulièrement pour les aspects assurantiels et financiers. Hugues Maury est Médecin, formateur et a mené la première mission en novembre 2001 sur la problématique de l'étude. Jean-Pierre Deschamps, ancien Directeur de l'école de santé publique de Nancy et en charge au sein du CA du CCL du suivi des actions Santé. Ces deux dernières personnes appuieront l'équipe de terrain plus particulièrement pour les aspects « Laos », santé publique et méthodologie d'enquêtes.

Rôles de chacun des participants à l'étude	
2 Chargés de mission	<u>Impliqués sur l'ensemble de l'étude (5,5 mois)</u> ils seront en première ligne pour l'analyse bibliographique, les enquêtes de terrain, l'analyse des données, la présentation des résultats et la rédaction du rapport.
Homologue Lao	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude au Laos mais également durant la phase de rédaction (4,5 mois)</u> en particulier pour les aspects montage méthodologique et pour l'analyse. Il apportera aussi ses compétences en santé publique et économie de la santé.
Partenaire local (Hôpital de Pakxan)	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude au Laos (4 mois environ)</u> pour la collecte de données, la co-animation des restitutions au Laos, l'encadrement des chargés de mission à Pakxan, la relecture des documents, la traduction des termes techniques et pour l'organisation administrative. Le partenaire apportera sa compréhension de la zone et des dynamiques locales, aidera à la compréhension et à l'analyse des données collectées.
G. Sohm ICOSI P. Mathias AG2R	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude (5,5 mois)</u> en particulier pour la préparation au départ des chargés de mission, la réalisation de missions d'appui, l'encadrement de l'actuaire et des chargés de mission à distance et durant la phase rédactionnelle. Ils appuieront l'équipe de terrain plus particulièrement pour les aspects assurantiels et financiers. En plus des missions cet appui peut être évalué en moyenne à 4 jours par mois.
H. Maury CCL JP Deschamps CCL	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude (5,5 mois)</u> en particulier pour la préparation au départ des chargés de mission, la réalisation de missions d'appui, l'encadrement des chargés de mission à distance et durant la phase rédactionnelle. Ils appuieront l'équipe de terrain plus particulièrement pour les aspects « Laos », santé publique et méthodologie d'enquêtes. En plus des missions cet appui peut être évalué en moyenne à 4 jours par mois.
F. Banda CCL	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude (5,5 mois)</u> en particulier pour sa connaissance des institutions, de la santé publique lao, et pour la logistique et la gestion courante ainsi que l'organisation des séminaires de restitution (total 8 j).
Traducteurs /assistants	<u>Impliqué sur toute la durée de l'étude au Laos (4 mois environ)</u> pour la traduction et du secrétariat.

2. Moyens financiers :
Budget en euros avec coûts détaillés

Lignes budgétaires	Quantités	Coûts unitaires	Montants totaux
1. Chargés de mission français			10 750,00 €
1.1. Indemnités pour deux personnes	5,5 mois	750€/mois	8 250,00 €
1.2. Frais de voyage (billet d'avion, visa)	2	1 100,00 €	2 200,00 €
1.3. Assurances rapatriement pour deux personnes	6 mois	25€/mois	300,00 €
2. Expertise interne (CCL)			7 010,00 €
2.1. Appui F. Banda (en jours)	8	360,00 €	2 880,00 €
2.2. Honoraires H. Maury (en jours)	8	385,00 €	3 080,00 €
Honoraires H. Maury (en jours)	6	PM	0,00 €
2.3. Per diem H. Maury (en jours)	14	50,00 €	700,00 €
Honoraires JP. Deschamps (en jours)	7	PM	0,00 €
2.4. Per diem JP. Deschamps (en jours)	7	50,00 €	350,00 €
3. Expertise externe ICOSI			7 505,00 €
3.1. Honoraires mission G. Sohm (en jours)	13	385,00 €	5 005,00 €
Honoraires mission G. Sohm (en jours)	1	PM	0,00 €
3.2. Per diem G. Sohm (en jours)	14	50,00 €	700,00 €
3.3. Honoraires appui France G. Sohm (en jours)	5	360,00 €	1 800,00 €
4. Expertise externe AG2R			350,00 €
Honoraires mission P. Mathias (en jours)	7	PM	0,00 €
4.1. Per-diem P. Matthias (en jours)	7	50,00 €	350,00 €
5. Frais de déplacements pour les missions d'appui			7 111,20 €
5.1. Billets d'avion, visa, assurance	6	1 150,00 €	6 900,00 €
5.2. Déplacements locaux	6	35,20 €	211,20 €
6. Fonctionnement au Laos			2 948,00 €
6.1. Séminaires de restitution en fin d'étude ¹⁹		forfait	880,00 €
6.2. Télécommunications (par mois)	5	70,40 €	352,00 €
6.3. Déplacements locaux (par mois)	5	70,40 €	352,00 €
6.4. Représentation (repas, rencontre avec responsables lao) (par mois)	5	26,40 €	132,00 €
6.5. Locations diverses ²⁰ (par mois)	5	176,00 €	880,00 €
6.6. Papeterie, copies, documents, fournitures informatiques, ... (par mois)	5	70,40 €	352,00 €
7. Traducteurs/assistants			3 168,00 €
7.1. Salaire pour deux personnes	4,5 mois	308,00 €	2 772,00 €
7.2. Divers déplacements locaux (forfait par mois)	5	44,00 €	220,00 €
7.3. Assurance pour deux personnes	2	88,00 €	176,00 €
8. Homologue lao			1 430,00 €
8.1. Indemnités (par mois)	5	264,00 €	1 320,00 €
8.2. Divers déplacements locaux (forfait par mois)	5	22,00 €	110,00 €
TOTAL COUTS DIRECTS			40 272,20 €
9. Imprévus		5%	2 013,61 €
10. Frais administratifs		5%	2 013,61 €
TOTAL DE L'OPERATION EN € TTC			44 299,42 €

¹⁹ Cette ligne permettra de couvrir en particulier les frais de traduction simultanée, la location d'une salle à Vientiane et les déplacements entre Vientiane de Pakxan pour les participants lao, les consommations lors des poses les frais de repas.

²⁰ Cette ligne permettra de couvrir en particulier les frais de logements des chargés de mission et des traducteurs à Pakxan et de permettre de louer ponctuellement du matériel informatique spécifique (vidéoprojecteur, etc.). Cela ne concerne par le matériel mis à disposition par le CCL ni les facilités logistiques (bureau et logement à Vientiane).

D. Calendrier de l'étude préalable

La durée de l'ensemble de l'étude sera de cinq mois et demi environ.

Elle se découpera en 5 temps :

Phases de l'étude	1	2	3	4	5
Chargé de mission 1	■	■	■	■	■
Chargé de mission 2	■	■	■	■	■
Homologue lao	■	■	■	■	■
Traducteurs / assistants	■	■	■	■	■
F. Banda CCL	■	■	■	■	■
H. Maury CCL	■	■	■	■	■
JP. Deschamps CCL	■	■	■	■	■
G. Sohm ICOSI	■	■	■	■	■
P. Mathias AG2R	■	■	■	■	■
	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5

Période de travail en France ■
Période de travail au Laos ■

Période d'appui à partir de la France ■
Période d'appui à partir du Laos ■

Trois semaine	Recherche bibliographique en France et au Laos
Deux mois et demi	Prises de contact à Vientiane et présentations aux responsables de la santé de Bolikhamxai. Enquêtes de terrain
Trois semaines	Analyse des données et construction de schéma de propositions
Deux semaines	Séminaires de restitution (organisation logistique et réalisation)
Quatre semaines	Finalisation du rapport en France et présentation au F3E

Les missions d'appui seront au nombre de trois (Cf. contenu dans le paragraphe méthode) :

- 1) Une mission CCL/ICOSI au moment de l'arrivée des personnes chargées de l'étude de terrain (une semaine).
- 2) Une mission CCL au cours de la phase de terrain (une semaine).
- 3) Une mission CCL/ICOSI/AG2R au moment des séminaires de restitution (une semaine).

ANNEXE 15 : PERSONNES RESSOURCES **RENCONTREES**

Les partenaires lao

- Mr Bounkouang, vice-ministre de la santé
- Dr. Maytry (spécialiste en économie de la santé, homologue du ministère de la santé lao)
- Gouverneur de la province de Bolikhamsay
- Vice-Gouverneur de la province de Bolikhamsay
- Dr. Sa Virygna (Chef du bureau technique, service de santé provincial, homologue de la province de Bolikhamsay)
- Dr Bounsen Akavong (directeur de l'hôpital provincial de Paksane)
- Dr Bounchan Keomanivong (vice-directeur de l'hôpital provincial de Paksane)
- Chef du District de Paksane
- Dr. Vicen (homologue du district de Paksane)
- Chefs des villages concernés par l'étude

Les partenaires internationaux

- Dean A. Shuey (programme management officer, OMS)
- Maryam Bigdeli (OMS)
- Fiona Howell (BIT)
- Frédéric Bonnet (Croix Rouge Suisse à Luang Prabang)
- Lux développement (responsable de projet à Bolikhamsay)
- Véronique Dan (attachée de coopération à l'Ambassade de France au Laos)
- Frédéric Laurençon (AG2R)
- Gilles Sohm (directeur de l'ICOSI)
- Jean-Pierre Deschamps (professeur en santé publique)
- Hugues Maury (spécialiste en santé publique et formateur)
- Bansa Oupathana (coordinateur CCL du programme d'enseignement médical, fonctionnaire détaché du Ministère de la santé lao)
- Frédéric Banda (directeur du CCL au Laos)
- Christophe Jacqmin (directeur du CCL)