

**Etude de faisabilité d'un système de micro
assurance maladie géré par WAGES, une
institution de micro finance**

Sommaire

RESUME	5
<i>La détermination des produits</i>	<i>5</i>
<i>La détermination des taux d'adhésion prévisionnels et des chiffres d'affaires correspondant.</i>	<i>6</i>
<i>L'identification des modalités de gestion et comparaison de leur coût.....</i>	<i>6</i>
<i>Détermination des seuils de rentabilité</i>	<i>7</i>
<i>La capacité de l'IMF a gérer cette nouvelle activité.....</i>	<i>7</i>
PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE DE L'ETUDE	8
INTRODUCTION	8
I-1 INFORMATIONS GENERALES	8
<i>Aperçu sommaire sur le Togo.....</i>	<i>8</i>
<i>Situation économique</i>	<i>9</i>
<i>La ville de Lomé</i>	<i>9</i>
I-2 LA SANTE AU TOGO.....	10
<i>Etat sanitaire</i>	<i>10</i>
<i>L'offre de soins de la ville de Lomé.....</i>	<i>11</i>
<i>L'offre d'assurance maladie.....</i>	<i>11</i>
I-3 WAGES.....	12
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	13
OBJECTIFS DE L'ETUDE	13
<i>Les objectifs spécifiques</i>	<i>13</i>
II-1 ETUDE DE LA CLIENTELE DE WAGES	13
II-2 CARACTERISATION DE LA DEMANDE DE MICRO ASSURANCE SANTE : ENQUETES EN FOCUS-GROUPE	13
II-3 INVENTAIRE DE L'OFFRE DE SOINS ET DIAGNOSTIC DE FONCTIONNALITE DES FORMATIONS SANITAIRES SELECTIONNEES	14
II-4 CONCEPTION DE PRODUITS D'ASSURANCE A PARTIR DES DONNEES PORTANT SUR LE PUBLIC-CIBLE ET LES PRESTATAIRES.....	15
II-5 PROPOSITION DES PRODUITS AUX CLIENTES DE WAGES	15
II-6 ETUDE DES DIFFERENTES FORMES DE GESTION POSSIBLES DE LA MICRO ASSURANCE MALADIE PAR WAGES ET CHOIX D'UNE OPTION.....	16
II-7 REVUE DES ASPECTS JURIDIQUES DE LA GESTION DE PRODUITS D'ASSURANCE PAR UNE IMF ET CHOIX D'UN MODE DE GOUVERNANCE	16
II-8 DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL ET CHOIX D'UNE STRATEGIE DE LANCEMENT DES PRODUITS D'ASSURANCE MALADIE	16
II-9 ROLE DES INTERVENANTS DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA METHODOLOGIE	17
<i>Rôle du CIDR</i>	<i>17</i>
<i>Rôle de WAGES.....</i>	<i>17</i>
TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTIC.....	18
III-1 L'INSTITUTION WAGES	18
III-2 LES CLIENTS DE WAGES	19
<i>III-2-1 Caractéristiques socioéconomiques.....</i>	<i>19</i>
<i>III-2-2 Etats de santé des clients, recours aux soins et dépenses de santé.....</i>	<i>21</i>
<i>III-2-3 Les difficultés et les risques en cas de maladie.....</i>	<i>23</i>
III-3 L'OFFRE DE SOINS.....	24
<i>III-3-1 La répartition de l'offre de soins sur la ville de Lomé.....</i>	<i>24</i>
<i>III-3-2 La fonctionnalité des formations sanitaires étudiées</i>	<i>25</i>
QUATRIEME PARTIE : LES PARAMETRES DE LA FAISABILITE D'UN SYSTEME DE MICRO ASSURANCE MALADIE	29
IV-1 LES PARAMETRES TECHNIQUES	29
<i>IV-1-1 Les intentions de cotisation.....</i>	<i>29</i>
<i>IV-1-2 Les prestations et les prestataires à couvrir</i>	<i>31</i>
<i>IV-1-3 L'élaboration de produits et l'estimation de leurs coûts.....</i>	<i>34</i>
<i>IV-1-4 Les produits préférés par les clients enquêtés.....</i>	<i>37</i>
IV-2 LES PARAMETRES FINANCIERS.....	41
<i>IV-2-1 L'estimation des taux d'adhésion prévisionnels.....</i>	<i>41</i>

<i>IV-2-2 Estimation du chiffre d'affaires prévisionnel avec le public de WAGES</i>	42
<i>IV-2-3 Estimation du budget disponible pour la couverture des charges d'intermédiation</i>	43
<i>IV-2-4 Les différentes options de gestion des produits identifiés</i>	43
<i>IV-2-5 Estimation des coûts de gestion de l'assurance maladie et des seuils de rentabilité en fonction des options retenues</i>	48
IV-3 LES PARAMETRES ORGANISATIONNELS	50
<i>IV-3-1 L'organisation de la gouvernance</i>	50
<i>IV-3-2 Organisation et capacités de l'institution WAGES</i>	51
<i>IV-3-3 Système d'Information et de Gestion</i>	52
<i>IV-3-4 Outils de pilotage</i>	53
<i>IV-3-5 Perspectives de l'institution à 5 ans</i>	53
CINQUIEME PARTIE : PROPOSITIONS	54
V-1 LES PRODUITS	54
V-2 LE MODE DE GESTION DES PRODUITS	55
<i>V-2-1 La distribution des produits</i>	55
<i>V-2-2 La gestion des produits</i>	55
<i>V-2-3 Le contrôle administratif et financier</i>	56
V-3 LES OBJECTIFS DE RENTABILITE A ATTEINDRE	56
V-4 LE STATUT PROPOSE POUR LA GOUVERNANCE DE L'ACTIVITE D'ASSURANCE	57
<i>V-4-1 Le cadre juridique des IMFs menant des activités de micro assurance</i>	57
<i>V-4-2 Bref aperçu sur le paysage de la micro-assurance au Togo</i>	57
<i>V-4-3 Choix d'un statut pour la gestion de la micro assurance par WAGES</i>	58
V-5 LA STRATEGIE DE LANCEMENT DES PRODUITS D'ASSURANCE	58
<i>V-5-1 La consolidation préalable de l'institution</i>	58
<i>V-5-2 La mise en œuvre d'un pilote à partir de 2007</i>	59
CONCLUSIONS DE L'ETUDE DE FAISABILITE	61
LES ELEMENTS DE FAISABILITE IDENTIFIES	61
LES MODALITES DE GESTION ET DE GOUVERNANCE RETENUES	61
LES TERMES DE LA VIABILITE DE L'ACTIVITE D'ASSURANCE MALADIE	61
LES CONTRAINTES DE GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE	61
LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE	62
BIBLIOGRAPHIE	63
<i>Annexe 1 : Carte sanitaire de la ville de Lomé</i>	64
<i>Annexe 2 : Morbidité enregistrée dans le District 3 (Quartier de Bé)</i>	65
<i>Annexe 3 : Recherche documentaire sur le sida</i>	66
<i>Annexe 4.1 : Paramètres de la qualité perçue dans les formations sanitaires étudiées</i>	70
<i>Annexe 4.2 : Volume d'activités des formations sanitaires étudiées pour l'année 2003</i>	71
<i>Annexe 4.3 : Caractéristiques techniques des formations sanitaires étudiées</i>	72
<i>Annexe 4.4 : Prix des prestations hospitalières en 2003 des formations sanitaires étudiées</i>	73
<i>Annexe 4.5 : Estimation des prix des consultations ambulatoires en 2003</i>	74
<i>Annexe 5.1 : Hypothèse 1 : Gestion autonome et recrutement d'agents d'assurance</i>	75
<i>Annexe 5.2 : Hypothèse 2 : Service autonome avec collecteurs d'épargne</i>	77
<i>Annexe 5.3 : Hypothèse 3 : Gestion intégrée avec agents d'assurance</i>	79
<i>Annexe 5.4 : Hypothèse 4 : Gestion intégrée avec collecteurs d'épargne</i>	80
<i>Annexe 6 : Guide pratique d'enquête des formations sanitaires</i>	81
<i>Annexe 7 : Déroulement d'une réunion de focus-groupe</i>	87

Acronymes

CAPAF :	Programme de renforcement des capacités des institutions de micro finance en Afrique francophone
CAS-IMEC :	Cellule d'Appui et de Suivi des Institutions de Mutualistes ou coopérative d'Epargne et de Crédit
CIMA :	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
IMF :	Institution de Micro Finance
PARMEC :	Projet d'Appui à la Réglementation sur les Mutuelles d'Epargne et de Crédit
CSTT :	Confédération Syndicale des Travailleurs du Togo
MUSA :	MUtuelles de SAnité
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
CIDR :	Centre International de Développement et de Recherche
WAGES :	Women and Associations for Gain both Economic an Social
MO :	Mise en observation

Résumé

Le CIDR a proposé à l'IMF WAGES d'étudier la possibilité de diversifier ses activités financières dans le secteur de la micro assurance maladie.

Parce que l'amélioration des conditions de vie des femmes s'inscrit dans la mission de l'IMF et que la maladie avait déjà été identifiée comme un facteur de précarisation des membres, WAGES a demandé au CIDR de lui apporter un appui technique et méthodologique pour la conduite des études préalables.

Une étude d'opportunité réalisée par WAGES est venue confirmer l'utilité pour les membres d'avoir accès à des services de micro assurance maladie. Elle a permis de mettre en évidence l'existence d'une capacité contributive à partir de l'exploitation des données de monitoring des membres saisies à la fin de chaque cycle de crédit.

La présente étude avait pour objectif global de définir les conditions de la faisabilité et les modalités opérationnelles de mise en oeuvre d'une offre d'assurance maladie destinée, aux membres de l'institution financière WAGES dans la ville de Lomé et dans une zone rurale d'intervention de l'IMF.

Elle a été réalisée en partenariat avec le CIDR Centre International de Développement et de Recherche.

La dispersion de la clientèle de WAGES dans la ville de Lomé et la multiplicité des prestataires auxquels ils ont recours en cas de maladie (plus de 1 000 formations sanitaires recensées) a été la principale contrainte de l'étude.

La détermination des produits

Un diagnostic de fonctionnalité de l'offre de soins a été réalisé par un consultant local, médecin exerçant en privé dans une clinique de la ville Lomé. Il a permis d'identifier avec précision les paramètres d'assurabilité des prestations qu'ils offrent.

Ces informations ont été recoupées avec les préférences déclarées par les participants des focus groupe.

Un pool de prestataires publics et privés, acceptés par les assurés potentiels et avec lesquels il serait possible de lancer le système de micro assurance, a été identifié.

Une méthodologie utilisant la technique des focus groupe couplée à des entretiens individuels, a permis de lever en partie ces difficultés et de réunir en un minimum de temps les informations clef nécessaires pour concevoir des produits de micro assurance maladie et en tester leur attractivité.

- La cotisation médiane exprimée par les participants se situe à 6 000 FCFA par ménage et par an en milieu rural et à 12 000 FCFA en milieu urbain. La forte dispersion des intentions de cotisation reflète celle des revenus des ménages.
- Pour s'adapter à la diversité de la demande et de sa solvabilité, différents produits ont dû être proposés.

En final 10 produits proposant des garanties plus ou moins complètes avec des prestataires publics ou privés à des prix variants de 1 500 FCFA à 15 000 FCFA par personne et par an, ont été conçus et proposés à la clientèle potentielle afin de connaître leur préférence.

La détermination des taux d'adhésion prévisionnels et des chiffres d'affaires correspondant.

Les taux d'adhésions potentiels ont été estimées à partir de 3 source d'information : Le choix des produits par les participants au focus groupe, les intentions de cotisation, le taux d'inscription prévisionnel (nombre de bénéficiaires par adhérent). Le taux d'adhésion exprimé (plus de 50 % des enquêtés)a été pondéré pour tenir compte de la velléité des intentions de contribution dans les systèmes à adhésion volontaire.

Une hypothèse haute (100 % des adhérents déclarés paient leur cotisation), moyenne (50 %) et minimum (30 %) ont été calculée.

Nombre de bénéficiaires prévisionnels	Hypothèse haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Total Agbodrafo	1 845	922	609
Total Lomé	8 402	4 201	2 773
Total	10 247	5 123	3 882

Le nombre de bénéficiaires attendu varie entre 3 900 et 10 250 bénéficiaires selon les hypothèses.

Elles situent les chiffres d'affaire prévisionnels entre 9 et 33 millions de FCFA et un budget disponible pour la couverture des charges de gestion variant entre 3 et 12 millions en retenant un taux de prélèvement de 35 %.

L'identification des modalités de gestion et comparaison de leur coût

Différentes modalités de gestion de la micro assurance ont été étudiées avec la Direction de WAGES. Bien qu'il existe une préférence de la communauté des professionnels sur le modèle partenaire agent, dans lequel le risque maladie est géré par un assureur contractant avec l'IMF, WAGES a souhaité garder la maîtrise de l'activité de micro assurance en développant, en son sein, ses propres capacités de gestion du produit. Il est vrai que l'externalisation de la gestion du risque aurait nécessité la création d'une société d'assurance, en raison de l'absence d'assureurs disposés à se lancer sur ce marché à haut risque (la maladie) et peu rentable pour ce segment de la population.

Quatre options de gestion intégrée de la micro assurance ont été étudiées en détail afin de choisir l'option la plus efficiente : Création d'un service autonome disposant de son propre personnel, intégration des fonctions de gestion de la micro assurance dans les services existants, gestion de la clientèle par des agents d'assurance recrutés à cet effet, gestion de la clientèle par les collecteurs d'épargne.

Pour chacune, les charges de travail des acteurs et les coûts correspondants ont été estimés pour chaque tâche et en fonction du nombre d'assurés.

Les résultats de l'étude sont indiqués dans le tableau suivant :

Hypothèse	Hypothèse de gestion	Coût de gestion en FCFA	Chiffre d'affaires en FCFA	Seuil de rentabilité	
				Adhérents	Bénéficiaires
H1	Service autonome et agents d'assurance	17 518 829	50 520 000	4 200	13 440
H2	Service autonome et Collecteurs	17 059 230	50 400 000	4 100	13 440
H3	Gestion intégrée avec agents d'assurance	9 502 351	27 600 000	2 300	7 360
H4	Gestion intégrée avec collecteurs	9 120 513	26 400 000	2 200	7 040

Compte tenu de la charge de travail actuelle et prévisible, la Direction de WAGES a opté pour l'hypothèse 1, avec la mise en place d'autonome et le recrutement d'agents d'assurance.

Détermination des seuils de rentabilité

Selon cette option les coûts d'intermédiation de l'assurance maladie ont été estimés à 17,5 millions de FCFA. Ils pourront être couverts par 13 200 assurés, avec le démarchage de la clientèle de WAGES et le recrutement de nouveaux clients.

La capacité de l'IMF a gérer cette nouvelle activité

Le choix de l'intégration de la gestion de la micro assurance dans l'IMF WAGES a rendu nécessaire la réalisation d'un diagnostic organisationnel, afin d'apprécier la capacité de l'institution à absorber les charges de gestion de la société : L'organisation de la gouvernance, les capacités de l'équipe technique, le système d'information et de gestion, les outils de pilotage, ont été évalués par un expert en micro finance.

Le diagnostic posé a fait ressortir le besoin d'un renforcement préalable des capacités de gestion et de la performance du système de gestion pour, d'une part absorber la charge et maîtriser le risque lié à la croissance prévisionnelle des activités de micro finance (augmentation d'un encours de 2 milliards de FCFA à 4 à 5 milliards à 5 ans) et de la nouvelle activité de micro assurance.

Première partie : Le contexte de l'étude

Introduction

La micro assurance maladie est actuellement considérée comme une des stratégies possibles pour faire bénéficier des populations à faible ressources d'un minimum de protection face aux risques liés à la maladie. La gouvernance et la gestion de la micro assurance organisées selon les principes mutualistes, sont les modèles dominant en Afrique de l'Ouest.

Devant les résultats mitigés, en terme d'effectifs et de mobilisation de ressources, en particulier en milieu urbain où les principes d'entraide de solidarité et de gestion participative sont moins adaptés à l'articulation d'un système de micro assurance avec un système de micro finance, l'articulation micro finance, micro assurance apparaît aujourd'hui comme une alternative prometteuse. Cette stratégie identifiée par les opérateurs de la micro assurance rencontre celles des opérateurs de la micro finance qui, confrontés aux limites de la portée des services d'épargne et de crédit qu'ils offrent pour les plus démunis, voient dans la micro assurance santé non seulement un moyen de sécuriser les crédits octroyés mais surtout un moyen d'accroître leur impact sur la réduction des situations de précarité.

Elle se justifie d'autant plus que le manque, voir pour certains la diminution des ressources, apparaît comme le principal facteur limitant les possibilités de croissance des organisations de micro assurance maladie. Le couplage d'un instrument de crédit stimulant les activités productives avec un service d'assurance apparaît à priori opportun.

Les enseignements tirés des premières expériences menées en Asie ou en Afrique de l'Est conduisent à recommander des modes d'articulations basés sur le partenariat entre un assureur et une IMF.

Dans les rares expériences d'articulation en cours au moment de l'étude, les IMF, à défaut d'assureurs disposés à couvrir ce risque pour leurs membres, ont été conduites à gérer par elle-même cette nouvelle activité (ASSEF Bénin, Nyéta Musow-Mali).

L'étude présente dans le détail les termes de la faisabilité d'un système de micro assurance avec une IMF de taille moyenne (plus de 4 000 membres actifs) qui serait géré par une IMF.

I-1 Informations générales

Aperçu sommaire sur le Togo

Le Togo couvre une superficie de 56.600 km² et sa population est estimée à 5.2 millions d'habitants en 2004 dont 69 % en zone rurale. Il est limité au Sud par l'Océan Atlantique, au Nord par le Burkina Faso, à l'Est par la République du Bénin et à l'Ouest par le Ghana.

Le taux de croissance démographique, pour la période 1990-1997, est de 3,2 %. Selon le PNUD, il se situerait à 2,7 % entre la période 1995-2015. La population est fortement concentrée dans le sud du pays. Lomé, la capitale, compte 1 million d'habitants soit le 1/4 de la population totale.

Le pays est divisé en cinq régions : Région des Savanes, région de la Kara, région Centrale, région des Plateaux et région Maritime. Trois grands groupes ethniques prédominent : Au Sud les Adja – Ewe (41 %), au Centre et au Nord les Kabye – Tem et les Losso (23 %) et les Para-Gourma dans l'extrême Nord (14 %)

La population du Togo est relativement alphabétisée avec un taux d'alphabétisation des adultes se situant en 2000 à 72 % contre 37 % pour les femmes (rapport sur le développement humain du PNUD 1998). Toutefois, les crises socio-politiques traversées par le pays, ont entraîné une perte de vitesse du secteur éducatif, par le manque de financement. Le taux de fréquentation des écoles a été de 63 % entre 1996 et 2003.

Situation économique

Le Togo est un pays moins avancé avec un PIB par habitant d'environ 300 €. Le pays subit une crise économique qui touche gravement les populations déjà très fragilisées. Cette situation est exacerbée par la suspension de la coopération de l'UE depuis 1993 et du non-décaissement des Institutions de Bretton Woods et d'autres organismes prêteurs de développement. Les difficultés rencontrées par les autorités togolaises pour remplir les objectifs du programme intérimaire du FMI, ainsi que l'ampleur des financements à mobiliser, retardent la signature d'un programme avec le Fonds.

L'économie togolaise a renoué avec la croissance en 2001 et 2002. Le PIB réel a en effet progressé de 2,7 % grâce aux bonnes performances des secteurs vivrier et cotonnier. Cette amélioration de la situation économique ne doit cependant pas masquer la gravité des difficultés structurelles auxquelles sont confrontés la plupart des secteurs économiques. L'inflation s'est établie en moyenne annuelle à 3,9 %, reflétant la fermeté des prix des produits vivriers dont la production avait baissé en 2000 et la hausse des prix des transports et des autres services.

La dépendance de l'économie togolaise vis-à-vis du secteur primaire s'est renforcée, passant de 40,7 % du PIB en 2000 à 41,4 % en 2001. La bonne pluviométrie explique la progression de 2,8 % des productions vivrières – à l'exception du maïs, en recul, alors qu'il occupe une place prépondérante dans l'alimentation – et celle de l'ensemble des productions de rente – coton (+ 23,8 %), café (+ 19 %), cacao (+ 67 %). En dépit de la reprise de la production cotonnière, le déficit attendu de la filière est estimé à FCFA 8 milliards et les difficultés de financement pèsent sur la préparation de la campagne 2002-2003.

Le développement de certaines industries manufacturières a compensé partiellement la crise de la filière des phosphates. Si, en 2001, le secteur secondaire a globalement stagné (+ 0,2 %), sa structure a évolué sensiblement. Alors que la production de phosphates a baissé de plus de 22 % en 2001 et de 53 % depuis 1998, d'autres industries ont fortement progressé, grâce à leurs exportations dans la sous-région.

Le secteur tertiaire repose sur les activités commerciales liées à la fonction de centre régional de transit et de transport, dont le Togo tire environ 36 % de son PIB. Unique port d'Afrique de l'Ouest en eau profonde, le port autonome de Lomé (PAL) bénéficie depuis quelques années de la saturation des ports concurrents d'Accra ou de Cotonou, mais aussi du report en sa faveur d'une partie de l'activité du port d'Abidjan. Malgré la croissance des activités de transit pour le compte des pays enclavés, le développement du port reste limité par une faible productivité et une insuffisance d'investissements.

La ville de Lomé

Lomé est limitée à l'Ouest par le Ghana, enserrée à l'Est par le port autonome et la zone industrielle. La population de Lomé s'élève environ à 1,3 millions d'habitants en 2003 avec une mosaïque d'ethnies dont le Mina, le Ouatchi et les Ewe, qui sont les groupes sociaux majoritaires ; ensuite viennent les Kabaye, les Cotocoli et les Losso.

La ville de Lomé constitue une grande agglomération à forte concentration humaine où se concentrent beaucoup d'activités commerciales et de production. La ville de Lomé compte une vingtaine de marchés dont le grand marché (ou Adawlato) est le principal. La population de Lomé dans sa composition ethno-culturelle très diversifiée est chrétienne, musulmane et animiste. On observe dans la ville la présence d'une société hétérogène. Ville cosmopolite, où sont concentrés les industries, commerces établissements financiers et administratifs, Lomé demeure un point d'attraction pour les régions environnantes. Ainsi l'urbanisation rapide de la ville, le fort taux de croissance démographique, la paupérisation, ont entraîné la détérioration des conditions d'habitation compliquant pour ce faire les relations sociales et environnementales.

I-2 La santé au Togo

Etat sanitaire

L'Etat togolais, au regard des engagements pris auprès de la communauté internationale en matière de santé, a mis en place une politique nationale de santé qui a pour but d'assurer à chaque individu le bien-être physique et mental afin de mener une vie économiquement et socialement productive. Par ailleurs, ayant adhéré aux actes de la Conférence Internationale sur la Nutrition, l'Etat togolais s'est engagé également à consentir tous les sacrifices afin d'épargner à sa population la famine et la malnutrition chronique.

Afin d'atteindre les objectifs visés, plusieurs programmes ont été mis en oeuvre et ont été renforcés dans le cadre de la nouvelle politique nationale de santé adoptée en novembre 1997 où une priorité est accordée aux soins de santé primaires à travers l'amélioration de l'offre et de l'intégration des soins promotionnels, des soins préventifs, des soins curatifs et des soins réadaptatifs. De même, pour lutter contre les problèmes nutritionnels au Togo, quelques actions prioritaires ont été identifiées et regroupées en quatre programmes complémentaires contenus dans le Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition.

Dans les domaines sanitaire et nutritionnel, le financement des programmes est assuré principalement par l'Etat qui y consacre à peine 10 % de son budget, l'aide extérieure qui a connu une baisse entre 1994 et 1997 et les ménages dont les dépenses mensuelles sont non négligeables. Dans le domaine nutritionnel, on note que la grande partie du budget de consommation des ménages est consacrée à l'alimentation, notamment avec 68 % en milieu rural, 56 % en milieu urbain secondaire et 47 % dans les grands centres urbains, 46 % dans la ville de Lomé. L'Etat intervient également dans le financement des autres programmes contenus dans le Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition.

Tous ces programmes ont donné des résultats plus ou moins satisfaisants. Ainsi, le Togo compte un lit pour 599 habitants avec toutefois des disparités au niveau régional. La couverture générale du Togo en infrastructures est de une unité de soins pour 8.500 habitants. En 1993, les 10 maladies les plus mortelles au Togo étaient le paludisme, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et plaies, les anémies, la malnutrition, les infections respiratoires, les accidents cardio-vasculaires, les infections néonatales, les méningites et les MST/SIDA. Au Togo, la mortalité maternelle pour 1 000 naissances vivantes reste encore élevée, soit 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Quant à la mortalité des enfants, elle demeure toujours élevée au Togo. Selon l'EDST II de 1998, le taux de mortalité néonatale était de 42,4 ‰, 38 ‰ pour la mortalité post-néonatale, 80 ‰ pour la mortalité infantile, 69 ‰ pour la mortalité juvénile et 144 ‰ pour la mortalité infanto-juvénile. En ce qui concerne les principales causes de morbidité, on peut citer la

dracunculose, le paludisme et les maladies diarrhéiques. Les autres maladies sont les schistosomias, les MST/SIDA, l'onchocercose, la tuberculose et la lèpre.

Les données indiquent également une carence en iode et des anémies. Les anémies touchent 42 % des femmes en âge de procréer et sont aggravées par l'état de grossesse pendant lequel leur prévalence passe de 45 % au 6^e mois à 48 % au moment de l'accouchement. Au Togo, la carence en iode constitue un problème de santé publique qui touche particulièrement 5 préfectures sur les 30 préfectures que compte le Togo.

L'espérance de vie est passée de 42 à 53 ans (pour les hommes) et 56 ans (pour les femmes) entre 1960 et 1999 et la mortalité infantile est tombée de 182 à 97 pour 1 000, pendant cette période. Toutefois, on observe une baisse de l'espérance de vie ses dix dernières années (50.4 ans pour les hommes et 52.6 ans pour les femmes) principalement sous l'effet de la progression du SIDA.

La persistance de la crise socio-économique et politique dans laquelle le pays est plongé constitue un handicap à l'amélioration de l'état de santé des populations.

L'offre de soins de la ville de Lomé

La ville de Lomé, subdivisée en cinq districts sanitaires, dispose d'un réseau très dense de formations sanitaires publiques ou privées, traditionnelles ou modernes (voir carte en annexe 1), formelles ou non, avec plus de 1 000 offres recensées.

Pour autant, ces structures ne sont pas toujours à même de proposer des soins de qualité à un prix abordable, ce qui pèse sur les budgets des ménages.

Le prix élevé des recours, déclarés par les femmes, a été une des « surprises » de l'étude d'opportunité. Il explique la demande des femmes de les réduire en mettant des moyens financiers en commun.

La multiplicité de l'offre de soins, sa disparité en terme de qualité et de coût, sont à la fois des atouts dans la mesure où la concurrence renforce le pouvoir de négociation du système d'assurance maladie, mais est également une contrainte dans la mesure où une sélection des prestataires devra être opérée.

L'offre d'assurance maladie.

Un Régime d'Assurance maladie obligatoire (R.A.M.O) existe au bénéfice des fonctionnaires et des militaires depuis 1961. Il couvre en théorie les frais médicaux des agents et de leur famille. Le nombre d'assurés serait de 35 000 titulaires et de 286 500 ayants droit chez les fonctionnaires et de respectivement 12 000 et 48 000 chez les militaires. Le nombre de bénéficiaires effectifs de cette couverture n'est pas connu (ref. 16).

Il n'existe pas de couverture obligatoire pour les salariés du privé.

Les élèves et les étudiants bénéficient en théorie d'une couverture maladie financée par le Trésor Public. 720 000 élèves et 15 000 étudiants en bénéficieraient. La réalité de la prise en charge reste cependant à démontrer, les formations sanitaires n'étant pas remboursées pour les prestations qu'elle délivrent à ses bénéficiaires.

Les compagnies d'assurance privées traitent avec les grandes entreprises. Le nombre de salariés assurés seraient de 3 750 et 30 000 bénéficiaires.

L'inventaire des mutuelles de santé, réalisé par la Concertation, recensait 8 mutuelles de santé dont la plupart constituées d'agent de l'Etat (ref. 13).

Les mutuelles à base d'actifs du secteur informel sont récentes et peu développées.

I-3 WAGES

WAGES est une institution de Micro Finance dont le siège est basé à Lomé. Elle est née d'une initiative de l'ONG « CARE Togo » en 1994. WAGES a obtenu le statut d'ONG au Togo depuis 1998.

Selon les membres du Conseil d'Administration, « WAGES doit être la banque des femmes et doit donc développer toute une gamme de produits adaptés au système de production des femmes¹ ».

Elle propose à des femmes du secteur informel, des micro crédits pour développer leurs activités économiques. Au-delà de son activité financière, WAGES poursuit le but d'améliorer les conditions de vie économique et sociale de ses membres. La diversification de ses activités dans le secteur de la protection sociale est inscrite dans ses statuts : Assurance maladie et assurance retraite.

L'assurance maladie s'inscrit donc dans la « vision » de WAGES et de ses membres.

Les cadres de WAGES avaient identifié la maladie comme un facteur important de précarisation de la situation des femmes et de non-remboursement des crédits.

C'est pourquoi, WAGES a réalisé une étude d'opportunité afin de connaître l'intérêt et les possibilités des femmes de cotiser pour une assurance maladie. Cette étude a été menée de septembre 2001 à février 2002.

Pour la réalisation de cette étude, le CIDR a formé le Responsable des Etudes de WAGES et lui a apporté un appui méthodologique à distance.

Sur la base des conclusions de l'étude d'opportunité, une décision a été prise conjointement de réaliser une étude de faisabilité qui fait l'objet du présent rapport.

¹ Rapport final d'évaluation et de notation de WAGES G.I.R.A.F.E P. 22

Deuxième partie : Méthodologie de l'étude

Objectifs de l'étude

L'étude a pour objectif global de définir les conditions de la faisabilité et les modalités opérationnelles de mise en oeuvre d'une offre d'assurance maladie destinée, aux membres de l'institution financière de la ville de Lomé et une zone rurale d'intervention de WAGES. L'extension de l'offre de micro assurance maladie dans les autres zones rurales d'intervention de WAGES est envisagée dans un deuxième temps.

Les objectifs spécifiques

- Identifier les termes de la faisabilité de produits d'assurance maladie adaptés et accessibles au public-cible et les termes de l'acceptabilité du tiers payant par les prestataires de soins.
- Déterminer les conditions de viabilité de cette nouvelle activité qui sera menée par WAGES et de définir la méthodologie d'accompagnement la plus appropriée pour atteindre l'autonomie technique et financière du dispositif.
- Fournir tous les éléments permettant à WAGES :
 - De s'engager en toute connaissance de cause dans cette nouvelle activité.
 - D'élaborer la meilleure stratégie possible de lancement et de gestion du produit et de l'autonomisation de l'activité.

La méthodologie suivie a comporté plusieurs volets :

II-1 Etude de la clientèle de WAGES

Les données du monitoring de la clientèle collectées par l'IMF ont été exploitées afin de caractériser le profil des membres (situation socioéconomique, niveau de revenus, importance des dépenses de santé). Un échantillon représentatif de la clientèle de WAGES a été choisi en fonction des caractéristiques de la clientèle (localisation, activités, niveaux de revenus).

II-2 Caractérisation de la demande de micro assurance santé : Enquêtes en focus-groupe

L'enquête a principalement couvert la préfecture du Golfe (Lomé Commune, Agoènyivé, Adidogomé, Adamavo) et quelques banlieues de la préfecture des Lacs (Kpémé, Agbodrafo, Gbodjomé et Agbata). Elle s'est déroulée du 05 au 27 juillet 2004.

Elle avait pour objectifs de collecter les informations nécessaires pour identifier et concevoir les produits d'assurance maladie les plus adaptés : Morbidité, types et fréquences des recours aux prestataires de soins, intention de cotisation à un système d'assurance maladie, priorités en terme des prestations à couvrir et de prestataires.

Le groupe-cible a été essentiellement constitué des clients de WAGES répartis en trois catégories : Les clients regroupés en associations, les épargnants individuels et ceux qui font la tontine.

Deux consultants expérimentés, un professeur de sociologie de l'université de Lomé et un gestionnaire spécialisé en micro finance ont été recrutés pour la tenue des focus groupe. Ils

ont bénéficié de l'appui méthodologique de l'expert du CIDR. Des protocoles d'entretien (voir Annexe 7) ont été élaborés et testés conjointement.

Cinquante focus groupe représentatifs des clients organisés en groupement solidaires (30 groupes) et des emprunteurs individuels (16 groupes) et les emprunteurs tontiniers (4 groupes) réunissant 545 clients ont été organisés.

	Nombre de groupes	Nombre d'enquêtés	Pourcentage
Groupes de crédits solidaires	30	331	61 %
Emprunteurs individuels	16	170	31 %
Epargnants tontiniers	4	44	8 %
Total	50	545	100 %

Compte tenu du caractère nouveau de l'assurance maladie pour la plupart des membres de WAGES, la collecte des données s'est appuyée sur une technique qualitative, à savoir l'entretien de groupe (focus-groupe). Cette technique a permis aux enquêtés de faire des réflexions pertinentes, de cerner les multiples contours et les enjeux de l'assurance maladie.

On trouvera en annexe le protocole suivi pour le déroulement d'une réunion de focus-groupe.

Les difficultés majeures rencontrées sur le terrain ont été de deux ordres : La non-disponibilité et l'impatience des enquêtés.

- La non disponibilité des clients : Cette difficulté concerne surtout les clients individuels et les épargnants de tontine. Le regroupement de ces deux catégories de clients a été particulièrement difficile en raison de leurs diverses activités et occupations.
- L'impatience des enquêtés lors des réunions : La plupart des enquêtés ont manifesté leur impatience face à la durée des réunions (90 minutes). Etant donné que beaucoup de clients exercent des activités commerciales, ils ont estimé cette durée trop longue pour eux. Ils ont exprimé leur préférence pour des réunions ne dépassant pas une trentaine de minutes au maximum.

II-3 Inventaire de l'offre de soins et diagnostic de fonctionnalité des formations sanitaires sélectionnées

Cette étape de la méthodologie avait pour but de déterminer, parmi les prestataires exerçant dans les zones d'intervention de WAGES, ceux réunissant les conditions les plus favorables à l'établissement d'un partenariat et à la négociation de contrats.

Un médecin consultant exerçant en privé dans une clinique de la ville a été recruté. Sa bonne connaissance de l'offre des soins publique et privée a facilité la réalisation des enquêtes.

Seize formations sanitaires ont été enquêtées en fonction de trois critères :

- La localisation : 13 dans la ville de Lomé et 3 dans la préfecture des Lacs (Anhé, Agbodrafo et Gbodjomé).
- Le statut : 9 formations sanitaires publiques, 3 formations privées sociales et 3 cliniques privées (à but lucratif).
- Le plateau technique : 5 hôpitaux, 9 formations sanitaires de première intention.

Dans chaque formation sanitaire, des informations ont été collectées sur le niveau d'activités, le plateau technique, les déterminants de la qualité, le prix des prestations. La possibilité, pour

le système d'assurance maladie d'instaurer un tiers payant, a également été discutée au cours des enquêtes.

On trouvera en annexe 4, les tableaux récapitulant des informations sur la caractéristique de l'offre de soins et en annexe 6 les outils d'enquêtes utilisés.

II-4 Conception de produits d'assurance à partir des données portant sur le public-cible et les prestataires

La conception des produits a suivi les étapes suivantes :

Etape 1 : Estimation des intentions de cotisation par **personne** et par an (moyenne et distribution) = le budget disponible pour faire adhérer tous les membres que le ménage à l'intention de faire adhérer.

Les résultats de cette première étape ont conduit aux choix de proposer plusieurs produits, en fonction de la plus ou moins grande disparité des intentions d'adhésion et des capacités contributives.

Etape 2 : Sélection des prestations. Exploitation des résultats de l'enquête sur les risques prioritaires.

Etape 3 : Sélection des prestataires à couvrir. Exploitation des résultats de l'enquête réalisée chez les prestataires.

Etape 4 : Estimation du coût des garanties par produits :

Hypothèse 1 : Produits avec ticket modérateur.

Hypothèse 2 : Produits avec franchise et forfait négocié avec les prestataires.

Etape 5 : Détermination des règles d'adhésions : Nombre minimum d'inscrits, adhésion ou non de tous les membres du ménage.

Etape 6 : Détermination des modalités de calcul de la cotisation. En fonction du nombre d'inscrits ou cotisation forfaitaire par tranche.

Au total 10 produits ont été élaborés et proposés à un échantillon représentatif de la clientèle de WAGES.

II-5 Proposition des produits aux clientes de WAGES

Des réunions en focus groupe ont été réalisées du 24 septembre au 27 novembre 2004, à Kpémé, Agbodrafo, Agbata, Gbodjomé et Lomé, auprès des même groupes-cible que ceux contactés pour les entretiens préalables à savoir :

- Les clients regroupés en association (230).
- Les épargnants individuels (81).
- Les épargnants de tontines (32).

Soit un total de 343 enquêtés.

	Total	Agbodrafo	Lomé
Nombre d'enquêtés	343	102	241
Nombre d'enquêtés intéressés	324	102	222
Taux d'enquêtés exprimant l'intention d'adhérer	94 %	100 %	92 %
Nombre de bénéficiaires potentiels	1 774	561	1 213
Nombre de bénéficiaires à inscrire	1 046	328	718
Taux d'inscription exprimé	59 %	58 %	59 %
Nombre de moyens à inscrire/adhérents	3,2	3,2	3,2

Deux techniques de collecte ont été utilisées :

- Entretiens en focus-groupe pour les associations suivis d'entretiens individuels sur le choix du produit sélectionné.
- Entretiens individuels pour les épargnants individuels et ceux des tontines.

Au cours des entretiens individuels on a demandé aux enquêtés s'ils souhaitaient ou non cotiser pour l'un ou l'autre des produits proposés et, pour ceux désirant adhérer, le nombre de personnes à inscrire et le mode de cotisation préféré parmi 6 choix possibles : Paiement mensuel, paiement au moment de la remise du crédit, prélèvement sur l'épargne, cotisation par tranche d'un montant variable, cotisation en 2 fois, cotisation en 1 fois.

II-6 Etude des différentes formes de gestion possibles de la micro assurance maladie par WAGES et choix d'une option

Au cours de cette étape de la méthodologie, la faisabilité technique de différentes options relatives à la distribution et à la gestion administrative des produits, au suivi et à la gestion du risque a été étudiée. Les coûts de chaque option ont été estimés afin de déterminer l'option la plus performante.

II-7 Revue des aspects juridiques de la gestion de produits d'assurance par une IMF et choix d'un mode de gouvernance

En l'absence de réglementation spécifique régissant la gestion de la micro assurance maladie par une IMF, une revue des expériences de micro assurance en cours au Togo et une analyse des textes applicables aux IMF ont été effectuées. Cette étape a permis d'identifier une forme juridique possible pour l'activité de micro assurance.

II-8 Diagnostic institutionnel et choix d'une stratégie de lancement des produits d'assurance maladie

Cette étape de la méthodologie a consisté à analyser la capacité de WAGES à maîtriser la gestion de ces nouveaux produits. Le diagnostic institutionnel a porté sur le fonctionnement des organes de gouvernance, l'organisation et les capacités de gestion de l'institution, la qualité de son système d'information et de ses outils de pilotage, ses perspectives de développement à moyen terme.

Sur la base des résultats du diagnostic effectué, une stratégie pour le lancement de produits a été proposée et discutée avec la Direction de WAGES.

II-9 Rôle des intervenants dans la mise en oeuvre de la méthodologie

Rôle du CIDR

L'expert en micro assurance du CIDR a assuré la coordination méthodologique de l'ensemble des volets de l'étude.

Il a effectué trois missions sur le terrain :

- Juin 04 : Elaboration des enquêtes en focus groupe et diagnostic des formations sanitaires avec les consultants recrutés par WAGES. Test et formation des consultants.
- Septembre 2004 : Présentation des résultats des enquêtes ; conception des produits mise au point de la méthode de présentation au groupe-cible. Test de la méthode et formation des consultants.
- Mars 2005 : Mission de synthèse discussion des options possibles et stratégie de lancement de l'activité de micro assurance.

Les données ont été transmises par WAGES avec un rapport décrivant le déroulement des enquêtes.

L'exploitation des données a été réalisée par le CIDR en France.

Renée Chao Béroff, expert en micro finance, a réalisé un diagnostic institutionnel de WAGES en Février 2005 :

Rôle de WAGES

Le Directeur et le Directeur financier de WAGES ont assuré la coordination locale des travaux. Ils ont participé au pilotage de l'étude.

Le Directeur de WAGES a été en charge de la réalisation de la composante II-J (Aspects juridiques).

Les trois consultants ont été sélectionnés par WAGES. Ils ont bénéficié de son appui logistique (organisation des réunions en focus groupe).

Troisième partie : Diagnostic

III-1 L'Institution WAGES

L'Institution WAGES (Women and Associations for Gain Both Economic and Social)

1. WAGES est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) de statut associatif à but non lucratif, disposant de ses organes d'administration, de gestion et d'exécution propres à savoir l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration est composé de 3 femmes clientes, 3 personnes ressources cooptées selon des critères de compétences et 2 représentants du personnel, un représentant de l'ONG mère CARE.

Elle est dirigée par un Directeur recruté par le Conseil d'Administration. Le Directeur exerce ses fonctions et rend compte au Conseil d'Administration. Il assure la gestion courante et le bon fonctionnement des activités de l'ONG.

Chaque service est dirigé par un Chef, lui-même supervisé par le Directeur.

WAGES dispose d'un Commissaire aux comptes nommé par l'Assemblée Générale. L'actuel commissaire aux comptes est le cabinet KEKKAR, un cabinet d'audit externe agréé près la Cour d'Appel du Togo.

2. Actuellement WAGES intervient à Lomé et ses zones périphériques (Agouè, Sanguéra, Baguida, Avépozo, Kpogan), à Sokodé à 350 km de Lomé, à Tsévié à 35 km de Lomé et Agbodrafo à 35 km de Lomé.

WAGES organise régulièrement, dans ses bureaux, des séances de formation à l'intention de ses membres, plus particulièrement aux membres du comité de gestion et aux gérantes des associations et groupes de solidarité. Cette formation est suivie et renforcée sur le terrain par les appuis des chargés d'épargne et de crédit.

La formation porte sur la méthodologie de WAGES, la gestion de l'épargne et du crédit, la gestion des activités économiques, la tenue de documents comptables, la notion de chiffre d'affaires et de profit, la notion élémentaire de calcul du coût d'achat ou de production, la formation civique.

3. Chaque association, membre de WAGES, ouvre un compte d'épargne avec un dépôt minimum préalable. Les membres épargnent jusqu'à concurrence du 1/3 au moins du crédit sollicité. Les opérations de versement se font à la banque (ECOBANK) et à la caisse au siège de WAGES. L'épargne sert de garantie au prêt.

Les montants peuvent progresser avec le temps et en fonction des capacités de remboursement des membres.

En dehors du crédit lié à l'épargne, WAGES expérimente le crédit direct sans épargne préalable dans la zone de Baguida, Avépozo, Kpogan, Agbodrafo à l'intention des populations très vulnérables qui mènent des activités économiques. Le but de ce crédit direct est de mettre à disposition des populations pauvres les crédits leur permettant de relever leur niveau de vie.

4. Pour pallier à un manque de ressources financières, WAGES a développé un produit d'épargne « tontines » avec comme public-cible prioritaire les commerçant(e)s du Grand Marché de Lomé.

WAGES propose également des crédits à des emprunteurs individuels.

5. WAGES en chiffres

	2002	2003	2004
Total membres actifs		3073	4323
Membres crédit groupe		2 000	2 600
Membres crédit individu		1 073	1 723
Membres épargne individu		1 600	1 600
Membres épargne tontine			3 000
Encours d'épargne (FCFA)		779 000 000	1 260 148 561
Encours de crédit (FCFA)	754 350 000	1 259 980 000	1 836 492 819
PAR 30	7,3 %	6,5 %	3,7 %
Autosuffisance opérationnelle	88,2 %	110,5 %	111 %
Autosuffisance financière	73,2 %	95,7 %	106,7 %
Clients crédit / agents de crédit	288	192	216
Clients tontiniers/agents			150
Efficience opérationnelle	23,8 %	21,3 %	16,7 %

III-2 Les clients de WAGES

III-2-1 Caractéristiques socioéconomiques

(i) Les catégories de membres de WAGES

La clientèle de WAGES se décompose en 3 sous-groupes :

- Les femmes membres de groupes de crédit solidaire : Elles constituent la base de l'Association et sont historiquement les premières à avoir adhérer au programme de micro crédit. Elles ont une pratique de solidarité pour le remboursement des crédits au sein de leur groupe. On estime à 2 800 en 2004 le nombre de femmes qui pourraient être concernées par le projet de micro assurance maladie.
- Les emprunteurs individuels : Issus ou non des groupes de crédit solidaire, ces membres souhaitent emprunter un montant de crédit supérieur au plafond fixé pour les groupes. Ils apportent individuellement une garantie à WAGES. Un volume de 1 550 emprunteurs individuels sont concernés par le projet de micro assurance maladie.
- Les adhérents au produit « Tontine » plus récemment lancé par WAGES. Ils épargnent un montant fixe auprès des collecteurs de WAGES. Ils sont au nombre de 3 000. Une partie d'entre eux sont des étrangers résidant temporairement à Lomé.

Les deux premières catégories de membres sont suivies par des chargés de crédits. Ceux adhérant au produit « tontine » sont suivis par des collecteurs d'épargne.

Aujourd'hui, la clientèle de WAGES se trouve donc dans toutes les couches de la population (femmes et hommes exerçant des activités génératrices de revenus dans le secteur informel.

On y trouve des femmes plutôt démunies, revendeuses ambulantes, des femmes légèrement mieux loties, qui font du commerce de céréales dans des marchés de quartier ; celles ci sont dans des groupes et ont accès à des crédits de 50 000 à 300 000 FCFA.

On trouve aussi des boutiquières sur le grand marché, qui font du commerce de détail (vêtements, mercerie) ou celles qui sont semi-grossistes ou grossistes qui vont s'approvisionner jusqu'en Asie et vendent à des semi-grossistes provenant de pays limitrophes. Celles ci sont des clientes individuelles qui empruntent de 1 à 15 millions FCFA.

WAGES n'a pas abandonné les groupes de femmes démunies d'origine. Elle a plutôt développé une nouvelle clientèle autour du crédit individuel de plus gros montants. Par ailleurs, certaines clientes ont commencé dans des groupes et ont évolué vers des crédits individuels quand leurs activités se sont développées plus rapidement que celles des autres membres du groupe. De 2002 à 2004, le nombre et les montants octroyés aux individuels ont grimpé jusqu'à dépasser les crédits de groupe, dans une proportion de 2/3-1/3. Conscient du problème de portée que cela peut poser, la direction a donné des consignes depuis janvier 2005 pour rééquilibrer la clientèle en faveur des groupes, des plus petits crédits et des femmes plus défavorisées. On s'attend à ce que la proportion s'inverse d'ici 1 an ou 2.

Les femmes grossistes à l'import-export connaissent bien leur métier et sont capables de gérer efficacement les montants que WAGES leur octroie.

(ii) Age des clients de WAGES

Tranche d'âge	< 20 ans	[20-30]	[30-50]	[50-70]	Non déclaré	Total
Effectif	1	36	156	14	1	208
Pourcentages	0 %	17 %	75 %	7 %	0 %	100 %

Source : (Rapport d'étude d'opportunité)

L'âge des enquêtés varie entre 19 et 70 ans. La grande majorité de la population des enquêtés est une population active (âge entre 20 et 50 ans) et constitue 92 % de l'échantillon considéré. Dans cette tranche d'âge, les personnes ayant entre 30 et 50 ans sont prédominantes (75 %)

Il existe une grande disparité ethnique parmi les femmes avec une prédominance pour l'ethnie Ewe.

(iii) Activités économiques et revenus des femmes membres de WAGES

D'après l'étude d'impact réalisée en 2002, 59 % des clientes résidant à Lomé sont dans le commerce, 25 % dans l'agriculture, 16 % sont dans l'artisanat.

Le revenu mensuel moyen dégagé par les femmes s'élève à 52.640 FCFA soit +/- 630 000 FCFA par an.

Les femmes affichent un engouement pour le développement de leurs activités afin d'accroître leurs profits mensuels permettant ainsi de faire face à l'accroissement des dépenses de leurs ménages.

Elles couvrent 73 % des dépenses du ménage dont les postes les plus importants portent sur l'alimentation (47 %) et la santé (12 %).

III-2-2 Etats de santé des clients, recours aux soins et dépenses de santé

(i) L'exposition à la maladie

Les données sur la morbidité

Le paludisme est la première cause de morbidité déclarée par les enquêtés avec 2.4 épisodes de maladie par personne et par an en moyenne². Ils représentent 37 % des cas, suivi par les maux de ventre, l'hypertension artérielle, les douleurs oculaires.

Le paludisme représente 26.17 % des consultations pédiatriques vus dans le district 3 (District de Bé, ref 3) et 28. 79 % chez l'adulte.

La distribution de la pathologie observée à l'hôpital de Bé figure en annexe 2.

On notera que la fréquence des accidents de circulation, qui représentent 8.5 % des consultations adultes, constitue le deuxième motif de consultations.

La prévalence du SIDA

Le taux de prévalence dans la population générale n'est pas connu. Il est estimé à 7 % chez les femmes enceintes. La majeure partie des femmes membres de WAGES se situe dans la catégorie des femmes en âge de procréer. Pour elles, le niveau d'exposition au risque serait de l'ordre de 7 %. Mais ce taux n'est pas connu pour leur mari, leurs enfants ou leurs parents susceptibles d'adhérer à un système d'assurance maladie.

Des informations documentaires ont été recueillies pour les besoins de l'étude. Ils figurent en annexe 3.

La présence de stigmatisation au sein de la population ne favorise pas une connaissance précise de l'ampleur de la maladie, ni la mise en œuvre de mesures pour en réduire l'incidence. Le système d'assurance devra donc accepter ces malades au même titre que les autres. Mais la présence de cette maladie, qui augmente le risque supporté par l'assurance maladie, nécessitera la mise en place de mesures de contrôle spécifiques (plafonnement des prises en charge par personne et par an et/ou par épisode, par exemple).

(ii) Le recours aux soins

Les enquêtes réalisées pour les besoins de l'étude auprès de 538 personnes représentant 3 195 bénéficiaires potentiels, donnent une idée précise de la fréquence des recours dans les services de santé modernes parmi le public cible.

Motif de recours dans une formation sanitaire	Consultations ambulatoires	Mise en observation	Hospitalisation médicalisée	Accouchements simples	Accouchements compliqués	Interventions chirurgicales
Fréquence	40,7 %	6,4 %	6,6 %	1,2 %	0,9 %	0.9 %

La fréquentation en consultations ambulatoires se situe autour de 0.4 nouveaux cas par personne et par an, ce qui traduit un niveau de consommation hors assurance déjà significatif. Pourtant, ce taux de fréquentation rapporté à la fréquence de morbidité déclarée dans la

² Source Etude de faisabilité : Projet de création d'une mutuelle de santé à Kodjioviakopé Sollange Bleamy et Rachelle Zimakan Rapport de stage DESS CERDI

population générale, indique qu'un nombre important d'épisodes palustres ne se font pas traiter dans les formations sanitaires³.

Le taux d'accouchements (simples et compliqués) est de 2.1 %, ce qui est inférieur au taux brut de natalité estimé à 4.5 % au niveau national. L'écart peut s'expliquer par les caractéristiques des ménages urbains (moins forte natalité) un nombre important d'accouchements à domicile et/ou par l'âge des enquêtées. Si l'on s'en tient aux déclarations des femmes, 40 % des accouchements auraient fait l'objet de complications.

La fréquence des hospitalisations est de 6.6 % et de 13 % si on prend en compte les mises en observation. La pause de perfusion justifiant le plus souvent les mises en observation semble être une pratique fréquente (6.4 % par an ou 15 % des malades consultants)

Avec un taux de 0.9 % la fréquence des interventions chirurgicales est également élevée par rapport à celle observée chez les assurés en milieu rural (0,2 % chez les mutualistes des réseaux appuyés par le CIDR en Guinée, au Bénin, et aux Comores). Le taux constaté dans la clientèle de WAGES inclue probablement les interventions programmées.

Ces données traduisent un niveau de recours de la clientèle de WAGES déjà significatif, ce que confirment les données relatives à ses dépenses de soins.

(iii) Les dépenses de soins des femmes membres de WAGES

Les enquêtes, réalisées lors de l'étude d'opportunité, indiquent une forte dispersion des dépenses, de 1 000 FCFA à 760.000 FCFA par femme et par an, pour l'année 2001.

Répartition des dépenses de soins annuelles des clients de WAGES

<10 000	31 %
10 001-20 000	17 %
20 001-30 000	8 %
30 001-40 000	5 %
40 001-60 000	11 %
60 001-100 000	15 %
>100 000	13 %

(Source : Enquête étude d'opportunité réalisée auprès de 208 personnes)

Cette variation du niveau de dépenses entre les membres dépend entre autres du type de maladie : Le montant minimum de 1.000 FCFA déclaré provient d'une enquêtée, soit 0,5 % de l'échantillon. Le maximum de 760.000 FCFA provient d'une enquêtée et porte sur un cas d'hypertension artérielle dont les soins ont été administrés au Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé pendant plus de 9 mois.

Les données fournies situent à 51 000 FCFA la dépense moyenne des ménages (dépenses supérieures à 100 000 FCFA comprises). Ce niveau de dépenses de soins, bien qu'élevé, est inférieur aux résultats de l'étude d'impact réalisée par WAGES en 2002, au cours de laquelle les enquêtés ont indiqué avoir dépensé 75 600 FCFA pour les dépenses de soins, soit 12 % de leurs revenus estimés à 630 000 FCFA par an.

Les dépenses de soins pouvant être très élevées, la médiane est plus significative du niveau de dépenses des ménages. Elle se situe entre 20 et 30 000 FCFA, soit entre 3 et 5 % des revenus annuels.

³ Si tous les cas de paludisme se présentaient dans les formations sanitaires, le nombre de nouveaux cas par personne et par an devrait être supérieur à 2.

Selon les premières informations recueillies, les clients de WAGES recourent à trois sources pour financer les dépenses de santé : Une partie de leur crédit, l'aide du conjoint et des prêts (sans intérêts) provenant des amis. Mais de toutes ces sources, l'utilisation d'une partie du crédit a été plus fréquemment citée.

III-2-3 Les difficultés et les risques en cas de maladie

(i) Les difficultés en cas de maladie et les besoins de protection prioritaires

Les pathologies les plus courantes sont le paludisme et l'hypertension artérielle. Compte tenu des activités des femmes, il leur arrive d'être victimes d'accidents de la circulation occasionnant des traumatismes plus ou moins graves.

Le manque de ressources représente 73 % des facteurs influençant le type de recours en cas de maladie : Lors de l'étude d'opportunité 15 % des enquêtés ont déclaré avoir un problème économique (ne pas avoir les ressources suffisantes) et 58 % ont déclaré ne pas avoir l'argent disponible pour se soigner au moment de la survenue de la maladie.

Tableau : Type de difficultés rencontrées en cas de maladie

Facteurs	Pourcentage		
	OUI	NON	TOTAL
Situation Géographique	4 %	96 %	100 %
Problème Culturel	0 %	100 %	100 %
Problème Economique	15 %	85 %	100 %
Problème Financier	58 %	42 %	100 %

(Source Etude d'opportunité auprès de 208 enquêtés)

Ainsi près des deux tiers (65 %) des enquêtés ont déclaré s'être déjà confrontés à des difficultés en cas de maladie grave dans leur foyer (eux-mêmes ou leurs proches)

(ii) Les besoins de protection prioritaires

Selon les déclarations des enquêtés, la prise en charge de tout type de soins leur est toujours problématique. Ils expriment le manque de disponibilité monétaire au moment de la survenue de la maladie. Comme l'indique le tableau ci-dessous, les hospitalisations (45 %), les urgences (29 %) et les accouchements (25 %) sont, par ordre de priorité, les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Tableau : Besoins de protection prioritaires en cas de maladie

Prestations	Réponse	Pourcentage
Hospitalisation	93	45 %
Urgence	60	29 %
Chirurgie	1	0 %
Accouchement	52	25 %
Autres	2	1 %
TOTAL	208	100 %

III-3 L'offre de soins

III-3-1 La répartition de l'offre de soins sur la ville de Lomé

L'offre de soins de la ville de Lomé est très développée et diversifiée (voir carte en annexe 1) Plus de 1 000 structures de soins (1 099) ont été recensées.

La typologie retenue pour les besoins de l'étude distingue :

- Le secteur formel composé des formations sanitaires publiques ou privées délivrant des soins médicalisés en médecine moderne.
- Le secteur informel comprenant les cabinets d'infirmiers, la phytothérapie et la médecine traditionnelle.

Le tableau suivant indique la répartition de l'offre entre les différentes catégories de formations sanitaires.

Formations sanitaires	Total	Publics	Para publiques	Privés à but non lucratif	Privés lucratifs secteur formel	Privé secteur informel	Phytothérapie	Médecine spirituelle
Secteur		Formel				Informel		
CHU	2	2						
Hôpitaux 2° échelon	15	2			13*			
Hôpitaux 1° échelon	60	4			56**			
Structures de premiers niveaux	1 022	16	27	4	123	390	162	300
Total	1 099	24	27	4	192	390	162	300
	100 %	1,5 %	2,5 %	0,4 %	17,6 %	35,7 %	14,8 %	27,5 %

*Cliniques ou cabinets médicaux avec bloc opératoire **Cliniques ou cabinets médicaux avec hospitalisation

L'offre de soins du secteur formel est caractérisée par :

- Un déficit de formations sanitaires publiques, l'explosion des structures privées à but lucratif favorisée par la politique sanitaire et la rareté des formations sanitaires à but non lucratif (4 formations).
- Le manque de formations sanitaires périphériques de statut public assurant le PMA dont le nombre est estimé à 11 formations sanitaires.
- Trois formations sanitaires publiques effectuant des interventions chirurgicales : Le CHU Tokoin, l'hôpital Bon Secours et l'hôpital de Bé même si ce dernier ne réalise que les interventions gynéco obstétricales.
- Treize cliniques privées disposent d'un bloc opératoire avec des chirurgiens le plus souvent vacataires. En 1999, parmi elles, seules 2 cliniques de référence déclaraient effectuer des césariennes.
- Cinquante-six formations sanitaires privées du secteur formel avec des projets de lits d'hospitalisation ou de mise en observation.

Les structures informelles non contrôlées représentent 68 % du total des formations sanitaires. Même si elles sont généralement de petite taille et offrent une gamme de soins limitée, le nombre de ces structures de proximité traduit l'existence d'une demande qui n'est pas satisfaite par les formations sanitaires du secteur formel (Proximité ? Temps d'attente ?).

Dans l'enquête réalisée par la GTZ en 1999⁴, le nombre annuel de consultations dans le secteur formel public ou privé étaient estimé à 203 000 (soins dentaires compris) pour une population de 641 000 personnes soit un taux de fréquentation de 31 %.

Cette revue de l'offre de soins pose la question de la sélection des prestataires qui constitue un des déterminants de la faisabilité d'un système d'assurance maladie.

Au cours de l'étude, une sélection des formations sanitaires susceptibles de travailler avec le système d'assurance maladie a été effectuée selon les critères suivants :

- Leur statut : Public ou privé commercial ou social et pour ce dernier, leur enregistrement officiel auprès de l'administration sanitaire leur donnant une autorisation d'exercice.
- Le niveau d'activité et l'image de marque de la formation sanitaire.
- La localisation géographique, choix de différents quartiers de la ville de Lomé.

Liste des formations sanitaires sélectionnées pour le diagnostic de fonctionnalité

Nom de la formation sanitaire	Statut	Médecin de garde	Hospitalisation	I.C en urgence	Accouchement
Ville de Lomé					
Hôpital de Be	Public	oui	oui	oui	oui
CMS Ste Anne	Privé social	non	non	non	non
Clinique Bel Air	Privé lucratif	oui	oui	non	oui
CHU Tokoin	Public	oui	oui	oui	oui
CHR Lomé Commune	Public	oui	oui	oui	oui
Centre de Santé Amoutivé	Public	non	non	non	non
CMS Adidogomé	Public	non	non	non	oui
Centre de Santé Adakpamé	Public	non	non	non	oui
Hôpital Régina Pacis	Public	oui	non	non	oui
Clinique le Printemps	Privé lucratif	oui	oui	+/-	oui
Clinique la Confiance	Privé lucratif	oui	oui	+/-	oui
Dispensaire de Gbodjomé	Public	non	non	non	oui
CMS Croix Rouge	Privé social	oui	non		non
Hôpital St Jean de Dieu Afagnan					
	Privé social	oui	oui	oui	oui
Formations sanitaires du District Sanitaire de la Préfecture des Lacs					
CHR Aneho	Public	oui	oui	non	oui
Centre de Santé Agbodrafo	Public	non	non	non	oui

III-3-2 La fonctionnalité des formations sanitaires étudiées

Des indicateurs « à minima » de fonctionnalité ont été sélectionnés pour évaluer la possibilité des formations sanitaires de travailler avec les systèmes d'assurance maladie :

⁴ Qu'est-ce que le secteur de santé privé ? Etude sur le secteur privé formel et informel dans la commune de Lomé – Dr A. Schneider – 1999 DRS - GTZ

- La présence d'un médecin de garde et de médecins durant la journée.
- L'existence d'une pharmacie au sein de la formation sanitaire.
- La prescription des médicaments essentiels de la pharmacie de l'établissement et l'absence de prescription externe.
- Un secteur d'hospitalisation avec des lits disponibles.
- Pour les hôpitaux, un bloc opératoire fonctionnel avec équipement de réanimation et chirurgien de garde 24 h sur 24.
- Le prix des prestations.
- La qualité de l'accueil.

On trouvera,

- En annexe 4.1, un tableau présentant les indicateurs de qualité perçue.
- En annexe 4.2, des données sur le volume d'activités des formations sanitaires sélectionnées.
- En annexe 4.3, des informations sur les données techniques, nombre de lits, personnels, équipements.
- En annexe 4.4, les tarifs de base et une estimation du coût de prestations hospitalières à la charge du patient et pour des pathologies sélectionnées.
- En annexe 4.5, les tarifs de base et le coût de pathologie en ambulatoire.

(i) L'offre de prestations hospitalières

L'hôpital de Tokoin, le plus ancien de la ville, jouit d'une bonne réputation sur le plan de la qualité des soins. Cet établissement de 342 lits dispose du personnel, des équipements le plus complet. Si la tarification qu'il applique est acceptable (voir tableau en annexe 4.5), la fréquence de prescriptions en externe de médicaments de spécialités et l'existence de pratiques parallèles, sont deux contraintes que le SAM (Système de Micro Assurance Maladie) devra lever pour maîtriser le coût des prestations pour l'assurance et pour les assurés.

L'hôpital de Bé est un hôpital public, spécialisé en gynéco-obstétrique qui a longtemps bénéficié de l'appui de la Coopération Allemande. Il fait office d'Hôpital de District (District 3). Bien que l'hôpital dispose d'une pharmacie, les habitudes de prescriptions externes du personnel sont également fréquentes dans cet hôpital public (4 ordonnances sur 10), principalement en consultations ambulatoires. Si les pratiques parallèles ne sont pas à exclure, elles semblent moins fréquentes et plus facilement maîtrisables dans cet hôpital de petite taille.

L'hôpital de Bé pratique déjà une tarification forfaitaire pour les césariennes. Il est prêt à proposer des forfaits, il présente beaucoup d'atouts pour le SAM. Il est dommage qu'il ne soit pas en mesure d'effectuer des interventions chirurgicales autres que les interventions gynéco-obstétricales.

Le CHR de Lomé Commune (Hôpital Bon secours) de statut public pourrait être également un prestataire du SAM pour les hospitalisations médicalisées et les interventions chirurgicales. Il propose des tarifs comparables à ceux de l'Hôpital Tokoin, même s'il ne jouit pas de la même réputation.

L'hôpital d'Afagnan, hôpital privé social, est celui qui, parmi les 4 hôpitaux étudiés, présente le meilleur ratio qualité prix. Il est en mesure d'assurer toutes les prestations d'hospitalisation médico-chirurgicale à des prix compétitifs par rapport aux hôpitaux de la ville de Lomé. L'enquête a révélé que les prescriptions en dehors de la pharmacie de l'établissement étaient rares (moins de 1 sur 10). Cet hôpital bénéficie d'une bonne image de marque et il n'a pas été révélé de plaintes concernant d'éventuelles pratiques parallèles durant l'enquête.

L'accessibilité géographique de l'Hôpital d'Afagnan, distant de 75 km de Lomé à une heure trente de voiture, est la principale contrainte à lever par le SAM. L'hôpital dispose d'une ambulance et des patients de la ville de Lomé sont déjà référés y compris en urgence.

Il est l'hôpital de référence désigné pour les patients de la zone d'Agbodrafo qui ne pourraient être pris en charge par l'Hôpital de zone d'Aného.

L'hôpital d'Aného est l'hôpital de première référence des adhérents potentiels dans la zone d'Agbodrafo. Il dispose d'un plateau technique et du personnel d'un hôpital de district et les prestations correspondantes. Avec un chirurgien à temps plein, il est en mesure de prendre en charge les urgences chirurgicales. Malgré des tarifs officiels très nettement inférieurs à ceux des hôpitaux de Lomé et d'Afagnan, il enregistre un faible volume d'activités. Un approvisionnement en médicaments déficient ou l'existence de pratiques parallèles plus développées (8 ordonnances sur 10 feraient l'objet d'une prescription externe), la concurrence avec des hôpitaux plus prestigieux, sont autant de facteurs qui peuvent rendre compte de ce volume d'activité modeste.

(ii) L'offre de soins primaire

L'offre des soins primaires étudiée est très hétérogène du point de vue de sa qualité technique et de son prix.

Les centres médicaux sociaux et les dispensaires publics proposent des soins ambulatoires réalisés par des assistants médicaux, avec prescription de médicaments génériques disponibles dans les formations sanitaires. Les prescriptions externes sont modérément fréquentes (2 sur 10 en moyenne) Le prix des soins est relativement bon marché au regard des tarifs pratiqués dans le secteur privé : Le tarif de consultation adulte varie de 100 à 500 FCFA selon les établissements et le traitement d'un paludisme simple, de 900 à 3 900 FCFA. La fréquentation est en générale élevée de l'ordre de 4 à 5 000 consultations par an (maximum 7 920 cas en 2003 pour le Centre de Santé d'Amoutivé) et le temps d'attente est de l'ordre de 20 minutes.

Dans les cliniques privées les soins ambulatoires sont réalisés par des médecins. L'offre se caractérise par un nombre élevé de prescriptions externes (les cliniques n'ayant pas l'autorisation de disposer d'une pharmacie, ce qui ne les empêche pas de disposer d'une « trousse d'urgence »). Le prix des soins plus élevé : entre 2 000 et 35 000 FCFA pour une consultation d'adulte, mais le temps d'attente est plus réduit de l'ordre de 10 minutes. Leur fréquentation est très variable, 46 000 cas déclarés pour la Clinique la Confiance une des plus anciennes de la ville et seulement 1 464 pour la clinique le Printemps.

Les formations privées sociales. Elles sont très peu développées sur la ville de Lomé, au nombre de 4 : Le CMS Sainte Anne, l'« Hôpital Régina Pacis », le CMS de la Croix Rouge et le dispensaire Saint Esprit.

Sur les 4 recensés, les trois premiers ont été enquêtés.

Les consultations sont réalisées par du personnel para médical, des médecins effectuant parfois des vacations. Une meilleure disponibilité en médicaments est la principale

caractéristique de ces formations sanitaires qui déclarent une fréquence faible de prescriptions externes. Les prix qu'ils pratiquent se situent entre ceux des CSMS et des hôpitaux publics, avec un tarif de consultation adulte de 300 à 500 FCFA et un coût pour un paludisme compris entre 1 450 et 3 500 FCFA. Le niveau de fréquentation des formations privées sociales est élevé (9 613 consultations en 2003 pour le CMS Sainte Anne), ce qui, au regard des effectifs en personnel réduit (3 médecins vacataires), peut avoir des incidences sur la qualité des soins délivrés.

Quatrième partie : Les paramètres de la faisabilité d'un système de micro assurance maladie

IV-1 Les paramètres techniques

IV-1-1 Les intentions de cotisation

Après avoir reçu une information détaillée sur le fonctionnement d'un système d'assurance maladie, il a été demandé aux femmes de communiquer individuellement à l'enquêteur, le montant qu'elles jugeaient possible de cotiser au SAM, la périodicité de paiement ainsi que le nombre de membres du ménage qu'elles souhaitaient inscrire (choix libre)

(i) Niveau moyen et médian de contribution

Le tableau suivant indique les montants de cotisation mentionnés par les femmes, rapportés par assuré et par an.

Tableau : Montants de cotisation exprimés par les enquêtés

Montant de la cotisation	Par ménage par an	Par assuré par an
Moyenne	23 948	5 625
Médiane	12 000	3 000
Minimum	200	100
Maximum	720 000	120 000

Source : Enquêtes réalisées auprès de 545 clients

Ces résultats concernent les 3 catégories des membres de WAGES, femmes membres des groupes, emprunteurs individuels et épargnants tontiniers.

Les intentions de cotisation de la zone rurale d'Agbodrafo sont plus faibles que celles de la ville de Lomé.

Tableau : Comparaison des intentions de cotisation selon les zones d'enquêtes

Domicile des enquêtés	Intention de cotisation exprimée	
	Moyenne	Médiane
Agbodrafo	19 760	6 000
Lomé	24 651	12 000

Il existe également des disparités selon les quartiers à l'intérieur d'une même zone.

Tableau : Comparaison des intentions de cotisation selon les quartiers de résidence des enquêtés

Domicile des enquêtés	Montant cotisation
Agbodrafo	18 000
Gbodjome	6 000
Ville de Lomé	
Nyekonakpoe	12 000
Gbadago	18 000
Bé Pa de Souza	24 000
Totsi	7 800
Kodjoviakope	24 000
Autres	12 000

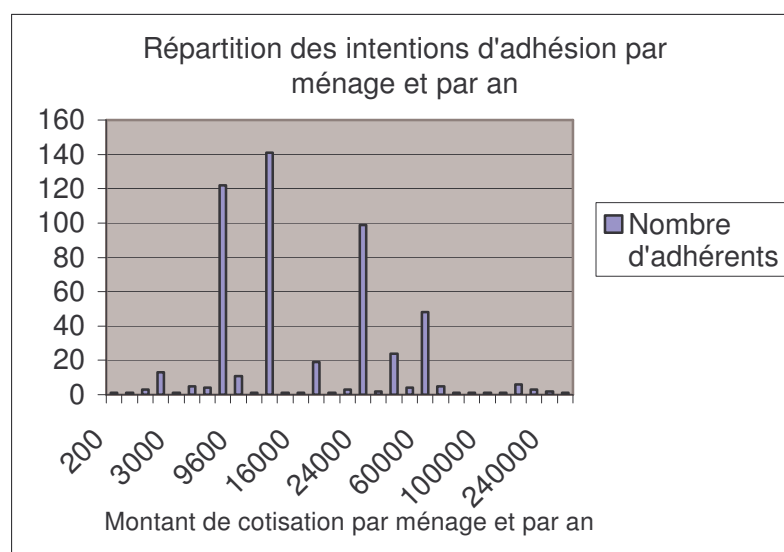
(Source : Exploitation des données de l'enquête réalisée auprès de 550 clients)

Cette variation des intentions de cotisation selon les quartiers doit être prise en compte lors de la sélection des zones à prospector

(ii) Distribution des intentions de cotisation par ménage et par an

Dans le but d'estimer des taux d'adhésion possible, en fonction du prix des produits qui seront proposés, la connaissance de la distribution des intentions de cotisation est nécessaire.

Les intentions de cotisation par ménage et par an de l'ensemble de l'échantillon se regroupent autour de 4 montants de cotisation, 6 000 FCFA, 12 000 FCFA, 24 000 FCFA et 60 000 FCFA, comme l'indique le diagramme suivant.



La distribution des cotisations au sein de l'échantillon est la suivante :

Tableau : Distribution des montants de cotisation exprimés par les enquêtes

Ont déclaré pouvoir payer par ménage et par an pour l'assurance	% des enquêtés
<3 000	100 %
3 600	96,3 %
6 000	95,4 %
12 000	71,9 %
24 000	42,3 %
36 000	18,1 %
60 000	12,7 %
> 84 000	2,3 %

(iii) Distribution des intentions de cotisation par personne et par an

Les intentions de cotisation par personne ont été obtenues en divisant les montants annuels de la cotisation indiquée par enquête, par le nombre de personnes qu'il souhaitait inscrire.

Le tableau suivant présente la répartition des intentions d'adhésion rapportée par personne et par an. Il donne des indications sur le pourcentage d'adhérents potentiels à un SAM, en fonction du montant de la cotisation choisie.

Tableau : Intention de cotisation calculée par assuré et par an

Cotisation/personne/an	Nombre	% de la catégorie ayant choisi ce montant	% de l'échantillon susceptible d'adhérer
<1 200	67	13,0 %	100 %
1 200	35	6,8 %	87,0 %
1 500	48	9,3 %	80,2 %
2 000	44	8,5 %	70,9 %
2 500	52	10,1 %	62,4 %
3 000	62	12,0 %	52,3 %
4 000	62	12,0 %	40,3 %
6 000	58	11,2 %	28,3 %
8 000	35	6,8 %	17,1 %
>12 000	53	10,3 %	10,3 %
Total réponses	516		

Source : Enquêtes réalisées auprès de 550 clients

En se référant aux intentions de cotisation exprimées par ménage et par mois, on en déduit que 87 % des enquêtés se disent prêts à payer 1 200 FCFA/ personne et par an, environ 50 % pourrait payer 3 000 FCFA et 10, 3 % plus de 10 000 FCFA.

(iv) Synthèse

La « solvabilité » de la demande de prévoyance a pu être estimée par les enquêtes. Elle n'est pas homogène.

Les résultats obtenus conduisent à retenir plusieurs produits pour s'adapter à la diversité des intentions de cotisation.

L'objectif serait de proposer des produits correspondant à des montants de cotisation par ménage compris entre : 6, 12 et 24 000 FCFA ou 2000, 4000 et 6000 FCFA par personne et par an.

IV-1-2 Les prestations et les prestataires à couvrir

(i) Le choix des prestations

Au cours des entretiens en focus-groupe, il a été demandé aux participants de sélectionner les trois prestations qu'ils voulaient voir couvrir en priorité.

Six choix ont été présentés. Il a été précisé que les médicaments étaient inclus dans les prestations proposées.

Tableau : Priorités exprimées pour le choix des prestations

Choix des prestations à couvrir	
Nombre d'enquêtés	550
Cotisations choisies	
Accouchements simples	7
Accouchements compliqués	410
Hospitalisations médicalisées	490
Interventions chirurgicales en urgence	459
Consultations ambulatoires	65
Mise en observation	42

Les prestations rares mais coûteuses sont nettement plus fréquemment choisies que les prestations ambulatoires plus fréquentes mais moins chères. Lors des entretiens les femmes de la zone Agbodrafo nous ont indiqué ne pas avoir de difficultés majeures pour payer les soins ambulatoires au centre de santé d'Agbodrafo ou au dispensaire de Gbodjomé. Dans ces formations sanitaires, le coût pour le paludisme simple inférieur à 1 000 FCFA et de 3 200 FCFA pour les infections respiratoires aiguës.

Sur la ville de Lomé, en dehors des formations sanitaires privées sociales, les autres formations sanitaires n'offrent pas de soins à moins de 4 000 FCFA pour un paludisme simple dans les hôpitaux publics, à moins de 6 000 FCFA dans les cliniques privées pour la même maladie. Ces montants restent cependant inférieurs au seuil d'accessibilité financière exprimé par la majorité des femmes enquêtés (voir infra).

L'accouchement simple ne semble pas poser de problème particulier aux participantes qui souhaitent en revanche, pour 3/4 d'entre elles, que leurs complications soient prises en charge.

Ces résultats invitent à concevoir des produits couvrant : Les hospitalisations médicalisées, les accouchements compliqués (avec césarienne), les hospitalisations médicalisées et les interventions chirurgicales.

(ii) Le choix des prestataires

Il a tenu compte des résultats des enquêtes individuelles au cours desquelles il a été demandé aux participants quelle formation sanitaire ils utilisaient et celle où ils souhaitaient pouvoir être pris en charge par l'assurance maladie. Des réponses multiples étaient possibles.

Le tableau suivant indique la répartition des souhaits exprimés parmi les enquêtés selon la catégorie de formations sanitaires publiques privées à but lucratif ou social.

Type de prestataires choisis par les enquêtés pour l'assurance maladie		
Usagers services publics seuls	172	32 %
Usagers cliniques privés seuls	142	27 %
Usagers FS sociaux seuls	28	5 %
Usagers public + privé	131	25 %
Usagers public+ social	43	8 %
Usagers privé + social	2	0 %

Les réponses se répartissent de façon assez équilibrée entre les usagers du public seuls, du privé seuls et du public et du privé. Le secteur privé social peu développé explique le faible pourcentage d'enquêtés ayant choisi ce type de formations.

Au total, on notera que 65 % des enquêtés ont indiqué vouloir fréquenter une formation sanitaire publique et 52 % une formation sanitaire privée à but lucratif. Un quart des enquêtés (27 %), probablement parmi les plus aisées, souhaiterait n'avoir recours qu'à des formations sanitaires privées.

Les enquêtes ont permis de préciser le nom des formations sanitaires les plus souvent choisies par les enquêtés.

Tableau : Nom des formations sanitaires le plus fréquemment choisies

	Agbodrafo	Ville de Lomé	Total
Nombre total de réponses	151	776	927
Hôpital de Tokoin	8,6 %	30,2 %	26,6 %
Autres cliniques	5,3 %	23,3 %	20,4 %
Hôpital de Bé	10,6 %	16,8 %	15,7 %
Cabinets médicaux	0,0 %	10,4 %	8,7 %
Clinique saint Joseph et Espérance	0,7 %	6,8 %	5,8 %
Hôpital Aneho	29,1 %	0,0 %	4,7 %
Hôpital Afagnan	22,5 %	0,8 %	4,3 %
CHU campus	0,0 %	4,3 %	3,6 %
Centres médicaux sociaux publics	0,0 %	3,6 %	3,0 %
Dispensaire de Bodjiomé	14,6 %	0,0 %	2,4 %
Centre communautaire de Bé	0,0 %	2,4 %	2,0 %
Dispensaire d'Abdrafo	8,6 %	0,0 %	1,4 %
CHR Lomé commune	0,0 %	1,0 %	0,9 %
Autres ONG, associations	0,0 %	0,4 %	0,3 %

Dans la zone d'Agbodrafo, ce sont les hôpitaux d'Aného et d'Afagnan qui sont les formations les plus souvent choisies, malgré la distance (plus de 50 km pour ce dernier hôpital)

Sur la ville de Lomé, les choix sont mieux répartis ce qui s'explique par la diversité de l'offre.

Cependant, les hôpitaux de Tokoin et de Bé sont les deux établissements les plus souvent mentionnés.

Dans la catégorie « autres cliniques » et cabinets médicaux, 88 établissements ont été mentionnés, par l'un ou l'autre des enquêtés. S'ils totalisent 47 % des choix, le taux par établissement reste faible (moins de 1 %)

Il n'existe pas de cliniques « de références » pour les membres de WAGES en dehors des deux citées (Cliniques Saint Joseph et l'Espérance)

Sur la base de ces informations et des données du diagnostic de fonctionnalité, les formations suivantes ont été sélectionnées lors de la conception des produits pour la Ville de Lomé :

- Hôpital Tokoin
- Hôpital d'Afagnan
- Hôpital de Bé
- Hôpital Lomé Commune
- Cliniques sélectionnées du standing de la clinique La Confiance selon une liste à déterminer.

Pour la zone d'Agbodrafo, 3 formations sanitaires ont été proposées :

- Hôpital d'Afagnan
- Hôpital d'Aného
- Hôpital de Bé

Un des critères de sélection a été la prédisposition des formations sanitaires à appliquer des forfaits pour les assurés. Il leur a été demandé d'estimer le coût des forfaits pour les

pathologies les plus fréquentes. Les protocoles de traitements ont été discutés avec le médecin consultant. Les forfaits ont été n'ont pas fait l'objet de négociation au cours de l'étude.

IV-1-3 L'élaboration de produits et l'estimation de leurs coûts

Une fois la gamme des prestations, le prix des prestations chez les prestataires et leurs fréquences prévisionnelles connus, différents produits ont été élaborés en maintenant un co-paiement à la charge de l'assuré.

Deux types de co-paiement ont été retenus, la franchise et le ticket modérateur⁵.

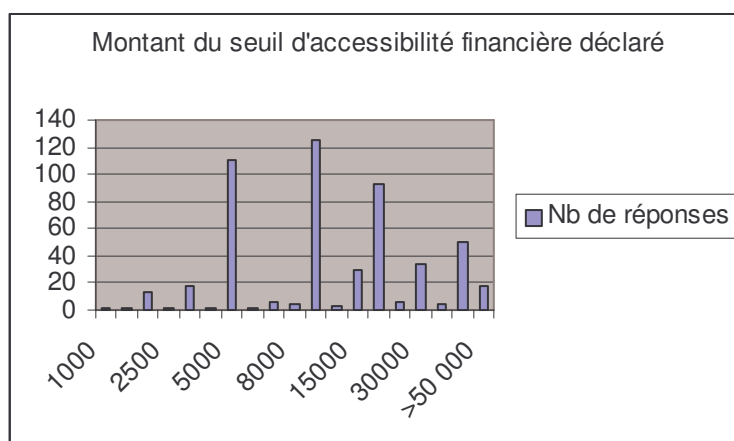
(i) Le positionnement du ticket modérateur

Le niveau du ticket modérateur a été positionné afin de maintenir un montant de cotisation dans les fourchettes correspondant aux intentions de cotisations exprimées par les femmes (voir § IV-1-1). Pour y parvenir, on a dû appliquer un taux de 50 %.

(ii) Le positionnement de la franchise

Au cours des entretiens individuels, il a été demandé le seuil à partir duquel les paiements des dépenses de soins posaient problèmes aux enquêtés.

Les réponses à cette question donnent les informations suivantes :



Les résultats indiquent un premier seuil d'accessibilité à 5 000 FCFA, un deuxième seuil à 10 000 FCFA et un troisième à 30 000 FCFA.

Pour le test de produits, la franchise a été positionnée à 10 000 FCFA, montant que 69.3 % des enquêtés ont déclaré pouvoir payer.

⁵ Le ticket modérateur est un pourcentage de la facture totale à la charge de l'assuré. Avec un ticket modérateur de 30 % et une facture de 15 000 FCFA, l'assuré paiera 30 % x 15 000 = 4 500 FCFA. La franchise constitue un montant maximum à la charge de l'assuré : avec une facture de 15 000 FCFA une franchise à 5 000 FCFA et, l'assuré paiera 5 000 FCFA et l'assurance le solde.

Montant de la franchise	Ont déclaré pouvoir payer
1 000	99,6 %
2 000	99,4 %
3 000	96,8 %
4 000	93,3 %
5 000	93,0 %
6 000	71,8 %
8 000	70,3 %
10 000	69,3 %
20 000	39,0 %
30 000	20,2 %
40 000	13,7 %
50 000	12,8 %
>50 000	3,2 %
Total	

(iii) Détermination des chargements de gestion

Un chargement de gestion de 35 % et une provision de 5 % ont été appliqués sur la prime technique. Le chargement de sécurité a été ajusté en fonction des prestations sélectionnées.

Ce taux de 35 % peut paraître élevé. Il est supérieur au taux recommandé par d'autres opérateurs⁶. Mais l'expérience montre que compte tenu du niveau de cotisation qu'il est possible de demander aux membres de WAGES et de la taille du public cible, un prélèvement de 35 % est nécessaire pour couvrir les frais d'une gestion professionnalisée de la micro assurance maladie.

(iv) Les produits proposés aux clientes de WAGES.

Dix Produits ont été proposés lors des entretiens réalisés en focus groupe afin de connaître les préférences des femmes :

- Deux dans la zone rurale d'Agbodrafo d'un montant de 1 500 FCFA et 2 000 FCFA par personne et par an.
- Huit sur la ville de Lomé d'un montant variant de 2 500 FCFA à 15 000 FCFA/personne et par an.

Le test devait permettre d'apprécier l'attractivité comparée des produits :

- Avec franchise et ceux avec ticket modérateur.
- Ne couvrant que les situations d'urgence et ceux intégrant les interventions chirurgicales programmées.
- Couvrant les mises en observations et ceux qui ne les couvriraient pas.
- Ne prenant en charge que des prestataires publics ou privés sociaux et ceux intégrant des cliniques privées.

Les produits sont décrits de façon détaillée dans le tableau page suivante.

⁶ Le BIT STEP recommande de plafonner le taux à 15 %.

Produit	Montant/personne /an	Lieu de distribution	Co-paiement	Prestations *	Prestataires
Produit 1	1 500 FCFA	Agbodrafo	50 % ou franchise à 10 000 FCFA	Hospitalisations médicales et chirurgicales sans MO*	Afagnan + Aného
Produit 2	2 000 FCFA	Agbodrafo	50 % ou franchise à 10 000 FCFA	Hospitalisation médicale chirurgicale avec MO sans chirurgie programmée	Afagnan + Aného + Bè pour césarienne
Produit 3	2 500 FCFA	Lomé	TM / 50 %	Hospitalisation médicale et chirurgicale sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 4	3 500 FCFA	Lomé	Franchise 10 000 FCFA	Hospitalisation médicale et chirurgicale sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 5	3 500 FCFA	Lomé	T.M 50 %	Hospitalisation médicale et chirurgicale avec MO sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 6	3 800 FCFA	Lomé	Franchise 10 000 FCFA	Hospitalisation médicale et chirurgicale avec MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 7	6 000 FCFA	Lomé	TM 50 %	Hospitalisation médicale et chirurgicale sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques sélectionnées
Produit 8	6 000 FCFA	Lomé	Franchise à 15 000 FCFA	Hospitalisation médicale et chirurgicale sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques sélectionnées
Produit 9	8 000 FCFA	Lomé	TM 30 %	Hospitalisation médicale et chirurgicale sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques sélectionnées
Produit 10	15 000 FCFA cotiser 3 ans avec au moins 3 personnes	Lomé	TM 50 %	Hospitalisation médicale et chirurgicale avec MO et avec chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques sélectionnées

* MO : Mise en observation

(v) Analyse comparée des produits

La difficulté de l'assureur est de concevoir des produits attractifs pour la clientèle, rentables et contrôlables par l'assureur et acceptables par le prestataire.

Les produits avec franchise (produits 4, 6, 8) offrent une plus grande sécurité aux assurés qui connaissent le montant maximum restant à leur charge. Bien entendu, plus la franchise est positionnée à un niveau élevé, plus l'attractivité du produit est faible.

Si l'assureur ne parvient pas à négocier un forfait avec les prestataires il s'expose à un risque majeur de sur prescription, puisque la totalité des consommations au dessus de la franchise est payée par l'assureur.

L'application d'un forfait est contraignante pour les prestataires qui s'engagent sur un prix moyen. L'expérience montre qu'ils acceptent difficilement de prescrire des traitements dont le montant dépasse celui du forfait. Un accompagnement et une formation doivent leur être délivrés pour qu'ils comprennent et acceptent la facturation forfaitaire.

Les produits avec ticket modérateurs (produits 3, 5, 9 et 10) sont plus facilement contrôlables et exposent moins au dérapage des coûts pour l'assureur si le niveau du ticket modérateur est correctement positionné (supérieur à 25 % pour les petits risques).

Le fait que les garanties couvrent plusieurs prestataires et des prestataires privés sont deux facteurs d'attractivité pour l'assuré qui entraînent des charges supplémentaires pour l'assureur (négociation et contrôle).

Mais l'attractivité comparée des produits doit être également analysée au regard de leur coût. Les produits couvrant les cliniques privées sont de 60 % plus coûteux que ceux ne couvrant que les formations sanitaires publiques ou privées à caractère social.

Le produit 10 offre la garantie la plus complète. Mais le fait qu'il couvre les interventions chirurgicales programmées fait courir un risque majeur d'anti-sélection à l'assurance. C'est pourquoi celui-ci doit appliquer une marge de sécurité qui pèse sur le coût du produit.

IV-1-4 Les produits préférés par les clients enquêtés

(i) Les intentions d'adhésion

Le taux d'intention d'adhésion est élevé aussi bien dans la zone rurale étudiée (100 %) que dans la ville de Lomé (94 %)

En revanche, le taux d'inscription (nombre de personnes à inscrire parmi les personnes à charge) se situe en dessous de 60 %, soit 3.2 bénéficiaires par adhérent potentiel.

Ce taux d'inscription peut signifier que les enquêtés ont tenu compte de leurs moyens financiers qui influent directement sur le montant de la cotisation à payer ou qu'ils ont pris en compte d'autres facteurs (plus faible exposition au risque, résidence temporaire à Lomé, ...).

Ces résultats confirment l'impression des chargés d'étude selon lesquels les enquêtés ont manifesté un réel intérêt lors des entretiens et se sont impliqués dans le choix des produits. Leur attitude, leurs déclarations et les questions posées traduisent une volonté d'adhérer. A Lomé l'assurance est un mécanisme connu et certain ont fait référence à des mauvaises expériences rencontrées avec des sociétés d'assurance (insatisfaction, lourdeurs des

formalités, ...). Pour autant, l'écart entre les intentions et la décision d'adhérer est bien connu et sera pris en compte lors de l'estimation du nombre d'adhérents au SAM.

(ii) L'attractivité des produits proposés

Deux données permettent d'identifier les produits les plus attractifs :

- Les choix effectués lors des tests par les participants.
- La comparaison entre les caractéristiques des produits et les attentes des enquêtés lors des premiers entretiens.

Les enquêtés ont eu à faire un choix parmi les 2 options possibles (produits 1 et 2) pour la zone d'Agbodrafo et les 8 options (produits 3 à 10) proposés pour les enquêtés résidents à Lomé.

La répartition des choix entre les différents produits est la suivante

Villages d'Agbodrafo	Prix en FCFA*	%
Produit 1	1 500	31 %
Produit 2	2 000	69 %
Total Agbodrafo		100 %
Ville de Lomé		
Produit 3	2 500	19 %
Produit 4	3 500	54 %
Produit 5	3 500	2 %
Produit 6	3 800	14 %
Produit 7	6 000	0 %
Produit 8	6 000	9 %
Produit 9	8 000	0 %
Produit 10	10 000	1 %
Total Lomé		100 %

* Prix du produit par personne et par an

Dans la zone d'Agbodrafo, 69 % des enquêtés ont opté pour le produit le plus coûteux avec franchise (produit 2) à 2 000 FCFA/personne et par an, de préférence au produit 1 qui proposait un ticket modérateur de 50 % et une cotisation de 1 500 FCFA.

Sur la ville de Lomé :

- C'est le produit 4, qui se détache nettement des autres. Il offrait pour une cotisation de 3 500 FCFA, une prise en charge des accouchements compliqués ; des hospitalisations médicalisées et des interventions chirurgicales en urgence dans des formations sanitaires sélectionnées : Les mises en observation, les interventions chirurgicales programmées et les cliniques privées étaient exclues de cette garantie.
- Ce produit a été plus fréquemment choisi que le produit 3 qui recueille 19 % des intentions de cotisation. Pour les mêmes prestations et les mêmes prestataires il proposait une cotisation à 2 500 FCFA moyennant un ticket modérateur à 50 %. C'est peut-être le montant plus faible de la cotisation qui explique le choix du produit 3 fait par ces enquêtés, un ticket modérateur à 50 % pourrait être dissuasif.
- Parmi les autres produits, seul le produit 6 recueille plus de 10 % des intentions d'adhésion, (14 % des réponses). Proche du produit 4, le produit 6 étend la couverture à la

prise en charge des mises en observation moyennant un surcoût de 300 FCFA par personne et par an (cotisation à 3 800 FCFA par personne et par an)

Un peu moins d'un enquêté sur 10, (9 %) a choisi le produit 8, produit plus coûteux qui couvre les interventions chirurgicales programmées en plus des hospitalisations médicalisées et des interventions chirurgicales en urgence dans les cliniques privées sélectionnées moyennant une cotisation à 10 000 FCFA par personne et par an et un ticket modérateur de 20 %. Ce produit vise la catégorie supérieure de la clientèle de WAGES ayant déclaré être prête à cotiser plus de 30 000 FCFA par ménage et par an.

Au total, on remarque que pour la grande majorité des enquêtés, les produits avec franchise ont été choisis de préférence à des produits comparables avec un ticket modérateur. La couverture des mises en observation par le SAM ne semble pas être une priorité. Peu d'enquêtés sont prêts à payer plus de 3 500 FCFA par personne et par an pour bénéficier de soins offerts par les prestataires privés.

(iii) L'adéquation des produits aux attentes des enquêtés

Méthode

Les réponses des enquêtés donnent des informations sur l'attractivité relative des produits, mais ne sont pas suffisantes pour apprécier le niveau d'adhésion attendu.

Pour affiner les estimations, on a comparé pour chaque enquêté, les caractéristiques des produits choisis avec les attentes exprimées lors du premier entretien en focus groupe.

Deux indicateurs ont été pris en compte :

- Le taux d'accessibilité économique au produit : Il est positif si le prix du produit est inférieur ou égal au montant de cotisation mentionné par l'enquêté rapporté par personne et par an.
- L'indice de satisfaction : Il exprime l'adéquation du produit aux attentes des enquêtés. Il est de 100 % si le produit répond en totalité à leurs attentes : Garanties couvertes, prestations et prestataires sélectionnés, niveau de franchise. Cet indice a été calculé uniquement pour les membres ayant déclaré un montant de cotisation par personne supérieur ou égal au prix du produit (accessibilité économique positive).

Le taux d'adhésion potentiel d'un produit (TAP) exprime le niveau d'adhésion maximum pouvant être atteint si seul ce produit était proposé aux clients de WAGES. Pour calculer ce taux, on a pondéré le taux d'accessibilité économique par l'indice de satisfaction. Le taux d'adhésion potentiel est égal au taux d'accessibilité économique * indice de satisfaction.

Exemple : 50 % des femmes ont déclaré un montant de cotisation par personne et par an égal ou supérieur au produit proposé. Pour ces femmes, l'indice de satisfaction est de 70 %. Le taux d'adhésion prévisionnel serait de $50\% * 70\% = 35\%$.

Résultat

Tableau : Les taux d'adhésion potentiels estimés

Villages d'Agbodrafo	Seuil * accessibilité	Indice de satisfaction	Taux d'adhésion potentiel
Produit 1	67 %	77 %	52 %
Produit 2	53 %	78 %	41 %
Total Agbodrafo			
Ville de Lomé			
Produit 3	52 %	61 %	32 %
Produit 4	39 %	61 %	24 %
Produit 5	39 %	61 %	24 %
Produit 6	39 %	54 %	21 %
Produit 8	28 %	59 %	17 %
Produit 10	7 %	50 %	4 %

* Pourcentage des ménages ayant indiqué un montant de cotisation par personne supérieur ou égal au prix du produit

Dans la première colonne du tableau figurent les taux d'accessibilité économique. Ils varient entre 67 % pour le produit 1, le moins cher (1 500 FCFA) à 7 % pour le produit 10 d'un montant de 15 000 FCFA.

Dans la deuxième colonne figurent l'indice de satisfaction. Ils varient de 50 à 78 % selon les produits. C'est le produit 2 avec mise en observation qui serait distribué dans la zone d'Agbodrafo qui obtient le meilleur score.

La troisième colonne indique les taux d'adhésion potentiels (TAP). Dans la zone d'Agbodrafo, les TAP seraient de 52 % si le produit 1 était proposé et de 41 % pour le produit 2.

Sur la ville de Lomé, les taux d'adhésion potentiels varieraient de 32 à 4 % pour les produits 3, 4, 5, 6, 8, 10. Les produits 7 et 9, non choisis au cours des tests, n'ont pas été retenus.

Tableau : Taux d'adhésion potentiels avec les choix des enquêtés.

Villages d'Agbodrafo	Prix du produit	Taux d'adhésion potentiel	Choix des enquêtés
Produit 1	1 500	52 %	31 %
Produit 2	2 000	41 %	69 %
Total Agbodrafo			100 %
Ville de Lomé			
Produit 3	2 500	32 %	19 %
Produit 4	3 500	24 %	54 %
Produit 5	3 500	24 %	2 %
Produit 6	3 800	21 %	14 %
Produit 8	6 000	17 %	9 %
Produit 10	15 000	4 %	1 %

Le tableau indique que le produit 1 correspondrait aux attentes de 52 % d'entre eux mais n'a été choisi que par 31 % répondants au test dans la zone d'Agbodrafo. 69 % de ceux-ci ont choisi le produit 2, alors que pour 41 % des enquêtés seulement le produit correspond à leurs attentes et est proposé à un prix inférieur ou égal au montant de cotisation déclarée.

Le tableau indique également que le produit 4, le plus souvent choisi (54 % des répondants au test) le taux d'adhésion potentiel ne serait que de 24 %.

(iv) Les modalités de paiement des cotisations

Les réponses à cette question diffèrent dans les 2 zones.

Dans la zone rurale d'Agbodrafo, c'est le paiement mensuel qui a la préférence de 65 % des enquêtés, alors que sur la ville de Lomé, le paiement selon les disponibilités monétaires est choisi par 44 % des enquêtés, le paiement mensuel ne recueillant que 21 % des réponses et le paiement en 2 fois, 18 %.

Modalité de cotisation	Total des réponses	Mensuel	Remise crédit	Paiement épargne	Tranche variable	En 2 fois	En 1 fois
Agbodrafo	96	65 %	1 %	7 %	11 %	14 %	2 %
Lomé	227	21 %	13 %	0 %	44 %	18 %	5 %

IV-2 Les paramètres financiers

IV-2-1 L'estimation des taux d'adhésion prévisionnels

Trois hypothèses ont été retenues

- Dans le cadre de l'hypothèse haute, on a choisi produit par produit le taux le moins élevé entre le taux d'adhésion potentiel et le pourcentage des enquêtés ayant choisi le produit au cours du test. Exemple : Si 69 % des enquêtés de la zone d'Agbodrafo avaient choisi le produit 2 et que le taux d'adhésion potentiel n'était que de 41 %, ce dernier chiffre a été retenu.
- Hypothèse moyenne : On retient l'hypothèse que 50 % des enquêtés ayant exprimé leur intention d'adhérer ou étant en mesure de le faire, prendraient finalement la décision d'adhérer.
- Hypothèse basse : On retient l'hypothèse que 30 % seulement des enquêtés ayant déclaré leur intention d'adhérer et étant en mesure de le faire, prendraient finalement la décision d'adhérer.

Le tableau suivant résume les taux d'adhésion prévisionnels retenus, produit par produit dans les trois hypothèses.

Tableau : Taux d'adhésion prévisionnels des clients

Zone d'Agbodrafo	Hypothèse d'adhésion haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Produit 1	31 %	16 %	10 %
Produit 2	41 %	20 %	13 %
Total Agbodrafo	72 %	36 %	24 %
Ville de Lomé			
Produit 3	19 %	10 %	6 %
Produit 4	24 %	12 %	8 %
Produit 6	14 %	7 %	5 %
Produit 8	9 %	4 %	3 %
Total Lomé	66 %	33 %	22 %

Un minimum de 24 % des enquêtés adhérerait dans la zone d'Agbodrafo et 22 % dans la ville de Lomé. Le maximum serait respectivement de 72 % et 66 % des clients de WAGES.

Tableau : Effectifs prévisionnels d'adhérents selon les 3 hypothèses.

Nombre d'adhérents prévisionnels	Hypothèse d'adhésion haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Total Agbodrafo	576	288	190
Total Lomé	2 626	1 313	866
Total	3 202	1 601	1 057

Tableau : Effectifs attendus dans les deux zones étudiées.

Nombre de bénéficiaires prévisionnels	Hypothèse haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Total Agbodrafo	1 845	922	609
Total Lomé	8 402	4 201	2 773

Dans la mesure où les enquêtés qui auront pris la décision d'adhérer n'inscriront pas toutes leurs personnes à charge, la moyenne des intentions d'inscription est de 3,2 personnes pour une taille moyenne des ménages de 5,8, soit 55 %. Les taux de pénétration (pourcentage de la population-cible couverte par l'assurance maladie) sont donc inférieurs aux taux d'adhésion des membres. Ils varient entre 37 % et 10 % selon les 3 hypothèses.

Tableau : Taux de pénétration prévisionnels dans le public cible

	Nb de clients de WAGES	Population cible	Hypothèse haute (100 %)	Hypothèse moyenne (50 %)	Hypothèse basse (33 %)
Population Agbodrafo	800	4 640	43 %	21 %	14 %
Ville de Lomé	4 000	23 200	36 %	18 %	10 %
Total	4 800	27 840	37 %	17 %	10 %

IV-2-2 Estimation du chiffre d'affaires prévisionnel avec le public de WAGES

Les chiffres d'affaires prévisionnels ont été calculés en fonction des trois hypothèses retenues et en sélectionnant les six produits les plus attractifs.

Tableau : Chiffre d'affaires prévisionnel

Zone d'Agbodrafo	Hypothèse haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Produit 1	1 300 000	650 000	429 000
Produit 2	2 216 107	1 108 053	731 315
Total Agbodrafo	3 516 107	1 758 053	1 160 315
Ville de Lomé			
Produit 3	6 475 771	3 237 885	2 137 004
Produit 4	10 073 034	5 036 517	3 324 101
Produit 6	6 829 956	3 414 978	2 253 885
Produit 8	6 872 247	3 436 123	2 267 841
Total Lomé	30 251 008	15 125 504	7 714 991
Total WAGES	33 767 114	16 883 557	8 446 306

IV-2-3 Estimation du budget disponible pour la couverture des charges d'intermédiation

En retenant un taux de prélèvement de 35 % pour couvrir les charges de gestion, les montants disponibles pour le financement des charges de gestion seraient les suivants :

	Hypothèse haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Taux de prélèvement	35 %	35 %	35 %
Disponible pour frais de gestion	11 818 490	5 909 245	2 956 207

Pour être rentable et en ne sélectionnant que les clients de WAGES, les coûts de gestion ne devraient pas dépasser 3 millions, si les taux d'adhésion suivent l'hypothèse basse et 11,8 millions si ceux retenus dans l'hypothèse haute sont atteints.

IV-2-4 Les différentes options de gestion des produits identifiés

Un système de gestion rigoureux de l'assurance maladie doit organiser les fonctions suivantes :

Fonctions de gestion de l'assurance maladie	Activités
Elaboration du produit	Détermination des prestations couvertes Détermination du taux de couverture Choix des mesures de contrôle des consommations Choix des prestataires, négociation des bases tarifaires (actes ou forfaits) et du montant des tarifs Positionnement de la cotisation Détermination des modalités d'adhésion
Vente du produit et suivi de la clientèle	Identification des clients potentiels Publicité, sensibilisation Marketing/information des clients/conseil personnalisé Enregistrement des adhésions Emission des cartes et des contrats Collecte des cotisations, suivi des prises en charge
Gestion technique du produit	Suivi du recouvrement des cotisations Ouverture des droits Suspension des droits et informations des adhérents Remboursements ou paiement des prestataires Contrôle des prises en charge
Suivi technique du risque	Suivi du portefeuille de risque consommations Négociation des contrats avec les prestataires Suivi des prestataires/audit médical
Comptabilité et gestion financière	Enregistrement des opérations comptables Elaboration des budgets prévisionnels, du compte de résultats et du bilan

Ces fonctions pour la gestion peuvent être soit internalisées c'est à dire assumées par WAGES soit externalisées, c'est à dire contractualisées avec un prestataire extérieur.

L'externalisation de la gestion de la micro assurance maladie suppose l'existence d'un assureur prêt à couvrir ce risque. Il n'en a pas été identifié sur la ville de Lomé. D'autre part

en déléguant à un tiers la gestion des produits, WAGES en perd la maîtrise. L'histoire des relations entre les assureurs (ref 10 et 11) et les IMF montre que ce modèle de partenaire-agent ne donne pas toujours satisfaction.

Des économies d'échelle sont attendues de la valorisation du savoir faire, du capital social et de l'organisation d'une IMF.

L'alternative consistant à étudier la mise en place d'une Institution de micro assurance qui offrirait ses services à WAGES et à d'autres opérateurs a été envisagée.

A la demande de WAGES quatre options, prises en charge par l'IMF des fonctions de gestion, ont été étudiées :

Option 1 : Création d'un service distinct au siège de WAGES, gérant le produit de façon autonome et disposant de son propre personnel.

Option 2 : Intégration des différentes fonctions dans les services existants, l'assurance maladie étant considérée comme un nouveau produit.

Option 3 : Gestion de la clientèle par des agents d'assurance recrutés à cet effet.

Option 4 : Gestion de la clientèle par les collecteurs d'épargne.

Les options 1 et 2 peuvent se combiner avec les options 3 et 4.

Option 1 : Création d'un service autonome

Ce service assurerait les fonctions de conception des produits, de gestion technique et de suivi du risque et prendrait en charge les activités correspondantes. Pour ce faire, il devrait disposer au minimum :

- D'un chef de service : Pour assurer les fonctions de conception des produits, de gestion technique et de suivi du risque.
- D'un assistant chargé de l'enregistrement des données et du suivi de l'encaissement des cotisations

La comptabilité et la gestion administrative financière et des ressources humaines seraient prises en charge par le service Administration/Finance/Ressources Humaines de WAGES.

Dans cette option :

- Les cotisations sont encaissées par le caissier de WAGES ; des états d'encaissement sont communiqués au chargé de l'enregistrement des données.
- Les chargés de la vente (collecteurs ou agents d'assurance) communiquent chaque jour les informations sur les nouveaux adhérents et chaque mois l'état sur les cotisations encaissées.
- La gestion comptable et financière suit les mêmes procédures que celles appliquées aux produits de la micro finance.
- Le contrôle interne serait réalisé par le service de WAGES habilité.
- Les états financiers seraient préparés conformément aux procédures suivies pour les activités de micro finance.
- La gestion du personnel est effectuée par l'Assistant administratif.

En dehors de leurs fonctions habituelles, le Chef de Service Contrôle Interne et le Directeur Général seront sollicités pour la stratégie de développement du produit et l'évaluation de l'activité.

Le temps de travail que devra consacrer le personnel cadre actuel de WAGES à la gestion administrative des produits de micro assurance maladie a été estimé comme suit :

	Temps consacré à l'assurance
Responsable financier	1,3 %
Assistant contrôle interne	10,2 %
Responsable contrôle interne	1,6 %

Il est peu lié au nombre d'adhérents

Option 2 : Intégration complète des fonctions de l'assurance

Cette option ne prévoit pas de recrutement de personnel spécialisé par WAGES.

- Les chargés de la vente des produits sont supervisés par le Responsable de Tontine.
- Les activités de gestion technique et de suivi du risque sont réparties entre les différents agents en charge de la micro finance. Il s'agit pour chacun d'eux d'un travail à temps partiel.

Le temps unitaire pour chaque tâche à exécuter a été calculé afin d'estimer la charge de travail additionnelle. Les temps retenus intègrent l'informatisation des fonctions de gestion de suivi du risque, comptable et financière. Le temps que devraient consacrer les agents de WAGES est fonction du nombre d'adhérents.

Ce temps de travail des fonctions de gestion technique du risque est directement lié au nombre d'adhérents et de bénéficiaires.

Option 3 : Recrutement d'agents d'assurance chargés de la vente des produits et de la gestion de la clientèle

Les agents d'assurance se verraient attribuer une zone de prospection dans la ville de Lomé. Ils prospecteraient au Grand Marché de la ville.

Il serait chargé de faire le démarchage des clients, de les inscrire, de leur délivrer les cartes et collecter les cotisations.

Des estimations de temps par visite et par client ont été effectuées. On a estimé que la taille maximum du portefeuille d'un agent pourrait être de 650 adhérents. Cette charge de travail est réaliste dans la mesure où les collectes de cotisations se font sur une base mensuelle.

En consacrant une heure (en 3 visites) par nouvel adhérent, il lui faudrait 4 ans pour atteindre l'objectif de 650 adhérents compte tenu des autres charges (collecte des cotisations) à réaliser.

Chaque agent d'assurance recevrait 11 % des cotisations perçues (base 10 000 FCFA par adhérent) ce qui lui assurerait une rémunération nette de 60 000 FCFA/mois soit un coût salarial annuel de 1 048 500 FCFA.

Pour obtenir cet effectif 4 visites sont prévues :

- Une visite d'information de 15 mn en moyenne ; certaines visites pourront être de courtes durées (personnes déjà assurées ou pas intéressées).
- Une visite de relance pour les personnes ayant marqué de l'intérêt, on est parti de l'hypothèse que 50 % de celles contactées demanderaient une deuxième visite d'une durée moyenne de 15 mn.
- Une troisième visite de confirmation de l'adhésion et d'enregistrement du client (type de garantie, coordonnées des ayants droits) d'une durée de 25 mn. Cette troisième visite devrait avoir lieu pour 10 % des personnes ayant été visitées la première fois.
- Une quatrième visite pour la remise de la carte aux 10 % des clients, qui auront adhéré, de 5 mn.

Une fois la carte remise, une moyenne de 12 visites de 5 mn par client a été comptabilisée pour la collecte des cotisations. Ce chiffre est une hypothèse haute dans la mesure où les clients seront invités à payer plusieurs mois le même jour, ce qui correspond au souhait qu'ils ont exprimé lors des enquêtes. Le paiement de plusieurs mensualités en une fois réduira le nombre de visites par assuré.

Une visite annuelle de 30 mn a été prévue pour le renouvellement des contrats.

Avec un portefeuille de 650 adhérents, l'agent devrait consacrer 3 heures par jour à la collecte des cotisations et 2,6 heures au renouvellement des adhésions.

Sur une journée de 8 heures, il pourrait consacrer 2 heures/jour au travail administratif au siège.

Option 4 : Gestion de la clientèle par les collecteurs d'épargne

(i) La charge actuelle de travail des collecteurs

Actuellement, les collecteurs d'épargne ont en moyenne 100 clients. Certains d'entre eux ont plus de 250 clients.

Tous les clients ne sont pas visités journalièrement. Par exemple, sur un portefeuille de 266 clients un collecteur en visite en moyenne 70 par jour. Une visite dure en moyenne 4 mn déplacement compris, soit plus ou moins 5 heures de collecte par jour.

En effet, bien que tous s'engagent à effectuer des paiements journaliers, beaucoup regroupent leurs paiements sur 2 ou 3 jours ou les font à la semaine.

Chaque collecteur a dans son portefeuille 2 catégories de clients :

- Ceux de la zone géographique dans laquelle il opère habituellement autour de son lieu de résidence. Il rend visite à ses clients le matin.
- Ceux du Grand Marché dans lequel il prospecte.

Pour des raisons évidentes de rentabilité et en raison de la taille du Grand Marché de Lomé, tous les collecteurs ont la possibilité de le prospecter. Avec 17 collecteurs, on estime que tous les vendeurs du Grand Marché ne sont pas encore couverts.

Les clients de sa zone d'affectation ne représentent pas plus de 20 % de la clientèle des collecteurs.

Le matin, le collecteur visite les clients de sa zone avant de se rendre au siège de WAGES pour effectuer ses opérations quotidiennes (versement, enregistrement des opérations, rencontre avec les chargés de suivi de l'épargne,...). Ces opérations durent de 2 à 3 heures. Ils quittent le bureau à 12 heures et se rendent au Grand Marché jusqu'à 18 heures environ.

Chaque collecteur est rémunéré actuellement sur la base de commission correspondant à une journée d'épargne par client (soit +/- 3%).

Le décompte est fait chaque mois. Il touche la totalité des commissions perçues d'une journée, si celles-ci sont inférieures ou égales à 30 000 FCFA. Au-delà il perçoit, en plus de 30.000 FCFA, 50 % du montant des commissions supérieures à 30 000 FCFA.

Exemple : Un agent collectant 100 000 FCFA d'épargne par jour, recevra à la fin du mois $30\,000 + 70\,000/2 = 65\,000$ FCFA.

La moyenne des dépôts journaliers des clients étant de 1 000 FCFA, avec 100 clients, un collecteur perçoit en moyenne 65 000 FCFA par mois, soit 6 500 FCFA par client. Certains collecteurs peuvent percevoir jusqu'à plus de 150 000 FCFA par mois.

Un seuil de 100 000 FCFA d'épargne collectée par jour est fixé pour que le collecteur puisse bénéficier d'une moto.

(ii) La gestion de la clientèle des adhérents de l'assurance par les collecteurs

Compte tenu de leur charge de travail, il est exclu que les collecteurs puissent faire le démarchage des clients (1ère visite d'information et 2ème visite de relance)

Dans cette option, il faudrait prévoir des « agents recruteurs » pour effectuer ces activités de marketing pendant la période de lancement du produit et jusqu'à ce que l'effectif soit atteint.

Les collecteurs interviendraient avec les agents recruteurs au cours de la troisième visite pour l'enregistrement de l'adhésion. Ils ne visiteraient donc que les adhérents confirmés soit 17 % des personnes contactées par l'agent recruteur.

Une fois l'adhérent enregistré, le collecteur serait chargé de la délivrance de la carte au client. Il percevrait ses cotisations à raison d'une visite par mois.

La charge de travail liée à la gestion de la clientèle d'assurés a été faite sur les mêmes bases que pour les agents d'assurance.

Le temps consacré étant directement proportionnel au nombre d'adhérents, en consacrant 10 % de son temps de travail à l'activité d'assurance, un collecteur pourrait gérer une clientèle de 100 adhérents.

(iii) Discussion sur la faisabilité de l'option

Les estimations ont été faites sur la base d'un reversement de 5 % des cotisations perçues par le collecteur. Sur cette base, avec une contribution moyenne à l'assurance de 12 000 FCFA par adhérent, le collecteur percevrait 5 000 FCFA par mois en utilisant 10 % de son temps, soit 50 000 FCFA pour un temps plein.

La moindre rentabilité de l'activité d'assurance peut ne pas inciter les agents à vouloir s'engager dans cette activité.

Le marché de l'activité tontine n'est pas saturé, les collecteurs disposent d'une marge de progression. Ils auront intérêt à s'investir dans cette activité plutôt que dans celle de l'assurance.

Cependant, les discussions qui ont eu lieu avec la Direction et les collecteurs laissent penser que ceux-ci pourront être intéressés à développer le produit, car cette activité est plus valorisante que la simple collecte d'épargne qu'ils acceptent de faire, bien qu'elle ne corresponde pas toujours à leur qualification. Pour eux, cette diversification peut être une opportunité pour progresser au sein de l'Institution.

IV-2-5 Estimation des coûts de gestion de l'assurance maladie et des seuils de rentabilité en fonction des options retenues

(i) Les variables financières et les bases de calcul retenues

- La rémunération des agents d'assurance : Nous avons retenu un minimum de 60 000 FCFA net par mois. Ce mode de calcul n'exclut pas que les agents soient rémunérés en partie en fonction de leurs effectifs d'adhérents ou de bénéficiaires assurés.
- La rémunération des collecteurs : Nous avons prévu un taux de 5 %, des cotisations encaissées.
- Les coûts salariaux du chargé de l'assurance sont de 300 000 FCFA brut par mois.
- Ceux du chargé des enregistrements sont de 100 000 FCFA.
- Pour l'estimation des coûts du personnel actuel de WAGES, leur salaire réel a été pris en référence indexé par le temps de travail consacré à l'assurance.
- Pour l'estimation des seuils de rentabilité nous avons retenu un montant de cotisation de 12 000 FCFA par adhérent, soit la médiane des intentions de cotisations exprimée. Le taux de prélèvement a été fixé à 35 % pour couvrir les charges de gestion (hors constitution de réserves). Il s'agit d'un seuil maximum qui ne pourra être dépassé.

(ii) Les variables techniques et les bases de calcul retenues

C'est ici le temps consacré par les agents aux différentes tâches et leur fréquence qui sont les déterminants majeurs.

Ils ont été estimés en exploitant l'expérience des collecteurs et en les adaptant à l'activité spécifique de l'assurance.

On a considéré que chaque collecte des cotisations prendrait 5 mn avec 12 passages par adhérent.

Un temps moyen de 60 mn a été prévu par adhérent pour le renouvellement des adhésions. Il pourra se décomposer en un ou plusieurs passages.

Le temps de démarchage de nouveaux clients a été estimé à 60 mn également, depuis le premier contact jusqu'à l'enregistrement de l'adhésion.

Concernant les collecteurs, on a considéré qu'ils consacraient 35 % de leur temps de travail aux activités d'assurance.

(iii) Les coûts estimés des différentes options de gestion de l'assurance maladie

Le tableau suivant résume les coûts estimés des 4 hypothèses de gestion de l'assurance maladie :

- H1 : Création d'un service au sein de WAGES et recrutement d'agents d'assurance.
H2 : Création d'un service au sein de WAGES et distribution du produit par les collecteurs d'épargne.
H3 : Gestion technique, suivi du risque intégré et recrutement d'agents d'assurance.
H4 : Gestion intégrée et distribution du produit par les collecteurs d'épargne.

Tableau : Coûts des différentes options de gestion et seuil de rentabilité à atteindre

Hypothèse	Hypothèse de gestion	Coût de gestion en FCFA	Chiffre d'affaires en FCFA	Seuil de rentabilité	
				Adhérents	Bénéficiaires
H1	Service autonome et agents d'assurance	17 518 829	50 520 000	4 200	13 440
H2	Service autonome et Collecteurs	17 059 230	50 400 000	4 100	13 440
H3	Gestion intégrée avec agents d'assurance	9 502 351	27 600 000	2 300	7 360
H4	Gestion intégrée avec collecteurs	9 120 513	26 400 000	2 200	7 040

Le coût additionnel d'un service de gestion distinct pour l'assurance entraîne un surcoût de +/- 2,5 millions de FCFA. Dans cette option, le seuil d'effectif à atteindre est supérieur à 4 000 adhérents.

En revanche, il n'existe pas de différence significative de coûts si les produits étaient distribués par des agents d'assurance ou par les collecteurs.

(iv) Les seuils de rentabilité et les effectifs à atteindre

Hypothèse 1 : Service autonome et agents d'assurance

4 200 adhérents recrutant 13 340 bénéficiaires devraient être recrutés.

Cet effectif d'adhérents pourrait être atteint avec 7 agents d'assurance ayant chacun 663 adhérents dans leur portefeuille et travaillant 70 % de leur temps sur le terrain. Ils seraient en mesure de consacrer 2 heures et 45 mn par adhérent et par an.

Pour percevoir 60 000 FCFA par mois, 11 % des cotisations perçues devraient leur être reversées.

Tableau : Charge de travail des personnels de WAGES administrant un portefeuille de 4 200 adhérents

Temps estimé du personnel de WAGES	% des heures ouvrées
Responsable financier	1,3 %
Assistant contrôle	10,2 %
Responsable du contrôle	1,6 %
Caissier	14 %
Médecin conseil	9,0 %
Base : 8 h/J*250 jours/an	

Hypothèse 2 : Service autonome et collecteur d'épargne

L'équilibre financier pourrait être atteint avec 4 100 adhérents. Pour ce faire, 12 collecteurs devraient être mobilisés à cette tâche, chacun utilisant 35 % de son temps. Chaque collecteur aurait 350 adhérents dans son portefeuille et pourrait consacrer à chacun une heure et 40 mn par an.

Ils percevraient une rémunération de 5 000 FCFA par mois. La charge de travail de l'équipe de WAGES est la même que dans l'hypothèse précédente.

Hypothèse 3 : Intégration complète des fonctions de gestion et recrutements d'agents d'assurance

2 300 adhérents seraient à recruter par les agents d'assurance ce qui pourrait être fait si 3,2 agents recrutant chacun 668 adhérents, seuil nécessaire pour qu'ils puissent percevoir 60 000 FCFA net par an.

En l'absence de personnel spécialement affecté à la gestion du risque, les charges de travail qui incomberaient au personnel actuel de WAGES seraient les suivantes :

Temps estimé du personnel de WAGES	% des heures ouvrées
Chargé du suivi de la clientèle	28,4 %
Chargé du suivi du risque	28,5 %
Responsable financier	1,3 %
Assistant contrôle	10,2 %
Responsable du contrôle	1,6 %
Caissier	7 %
Médecin conseil	9,0 %

Dans cette hypothèse, WAGES devrait pouvoir identifier le personnel ayant les compétences et la disponibilité requises.

Hypothèse 4 : Intégration complète

Les 2 200 adhérents pourraient être recrutés par 6 collecteurs ayant chacun 350 assurés. Si les 17 collecteurs étaient mis à contribution, chacun devrait recruter 123 adhérents et consacrer 1/8 de son temps de travail. Mais dans ce cas la rémunération qu'il percevrait ne serait plus que de 1 760 FCFA/mois. La charge de travail du personnel du siège de WAGES serait la même que dans l'hypothèse précédente.

IV-3 Les paramètres organisationnels

IV-3-1 L'organisation de la gouvernance

WAGES s'est institutionnalisée en association, composée de clientes cooptées (40), de salariés et de personnes-ressources. L'AG élit un CA de neuf personnes dont 3 femmes élues parmi les clientes de l'assemblée, 3 personnes ressources cooptées par la direction, 2 salariés dont le directeur et un cadre dirigeant et un représentant de CARE International (promoteur de WAGES).

Les membres de l'AG sont des délégués élus dans les secteurs d'intervention de WAGES sur la base des critères bien définis dans le règlement intérieur de l'institution.

Les renouvellements de mandats au sein du CA se font conformément aux statuts en dehors des renouvellements dus au départ de certains membres avant la fin de leur mandat. Les statuts et RI ont été revus notamment pour prévoir des remplacements de membres de CA en situation d'impayés avec l'institution.

Aujourd'hui, le CA est composé de :

Trois clientes ayant une ancienneté avec WAGES de plus de 3 ans (dont l'une occupe le poste de présidente), deux faisant partie de groupes et une qui vient juste de passer à un crédit individuel. Toutes ont été scolarisées (niveau secondaire).

Trois personnes ressources dont 2 professeurs d'université et 1 chef d'entreprise.

Un représentant de CARE International (Golfe de Guinée).

Deux salariés : Le directeur et le chef de service contrôle interne.

Les capacités de certains membres du CA, en l'occurrence les femmes, sont faibles et nécessitent d'être renforcées afin de leur permettre de jouer efficacement leur rôle de contre pouvoir sur les actions de la direction. La présidente a une certaine vision pour l'institution, mais n'a pas la capacité de définir les stratégies pour sa réalisation.

Le règlement intérieur de l'institution fixe les critères de nomination des membres de l'AG. Mais les textes de l'institution n'ont pas fixé le montant des droits d'adhésion et de cotisation à payer par les membres.

La loi PARMEC en cours d'aménagement prévoit la signature de convention définitive aux institutions fonctionnant sous forme d'association, leur conférant ainsi leur statut juridique.

WAGES pourrait, à l'avenir, analyser les possibilités d'introduire le paiement par ses membres des droits d'adhésion et cotisation en vue de se capitaliser. Il devra veiller à apporter une formation adéquate aux membres du CA.

IV-3-2 Organisation et capacités de l'institution WAGES

Sur le terrain, WAGES dispose de 20 agents de crédit et environ une vingtaine d'agents tontiniers, chargés de collecter l'épargne tontinière.

Certains agents de crédits sont avec l'institution depuis de nombreuses années. Les plus jeunes recrues ont souvent suivi un itinéraire qui les a conduit à démarrer comme agents tontiniers allant démarcher les commerçantes sur les marchés quotidiennement, ce qui est assez formateur en termes de connaissance de la clientèle de WAGES, à agent de crédit stagiaire auprès d'un autre agent de crédit plus confirmé, puis agents de crédit titulaires. Cette forme de recrutement et formation des agents, bien qu'empirique, paraît assez appropriée ; les agents de crédits de WAGES sont très capables, connaissent bien leurs clients et semblent être appréciés et respectés par elles.

Un système de prime à la performance récompense les plus entreprenants et s'est révélé efficace puisque les ratios de productivité et d'efficacité progressent chaque année, depuis que le système a été instauré.

Si le ratio de productivité des agents de crédits par emprunteurs (1 / 216) peut paraître faible en milieu urbain, il convient de prendre en compte le caractère mixte de leur portefeuille de clients qui est composé à la fois par des groupes (petits montants) et des individus (gros montants).

Les agents sont encadrés par un(e) chef d'agence et un(e) chef de service épargne et crédit, qui sont des personnes très expérimentées, ayant démarré les activités de crédit avec ce public depuis l'origine. Leur appui est précieux aux agents sur le terrain et par leur intermédiaire, le savoir-faire est bien transféré.

Le département administratif et financier est doté de personnels qualifiés et d'un responsable ayant beaucoup d'expérience y compris de formateur national certifié par le CAPAF.

On peut regretter le manque de recul et de capacités d'analyse et d'anticipation qui sont des qualités dont une institution en forte croissance comme WAGES pourrait avoir besoin pour sécuriser ses opérations. Une véritable direction des opérations, doté d'outils de pilotage, serait très utile à ce stade de développement.

Le département de contrôle interne a été récemment recentré dans sa fonction de base à la fois sur le terrain à Lomé ainsi que dans les agences. Le recentrage doit être encouragé tant la culture du contrôle paraît peu ancrée dans l'institution qui a grandi très vite et ne mesure pas bien tous ses risques.

Enfin, le directeur de WAGES est quelqu'un qui a participé aux premiers pas de l'institution, ayant à la fois une excellente expérience de terrain et une bonne exposition aux débats internationaux sur les bonnes pratiques de la micro finance. Il a su donner une vision à l'institution, est un bon mobilisateur et est très respecté de tous. Cependant, il est un peu seul et souvent sur tous les fronts en même temps.

WAGES est une institution qui a une tête et une base solides : Le middle management gagnerait à être renouvelé et renforcé.

Il convient de noter que de nombreux guides et manuels opérationnels existent et ce sont probablement succédés, sans qu'il n'y ait eu une mise à plat et une mise en cohérence faites récemment. Les manuels de procédures, élaborés par un consultant en 2004, ne semblent pas bien appropriés par tous au sein de l'institution. Une révision et une rationalisation de l'ensemble des manuels de procédures seraient utiles, à ce stade où la définition d'un véritable système de contrôle interne est en cours.

IV-3-3 Système d'Information et de Gestion

Le point faible de WAGES réside dans son système d'information et de gestion. Toutes les évaluations ont signalé ce problème. Jusqu'à une période récente, les données étaient traitées de façon semi-manuelle à partir d'un programme Excel orienté sur la gestion de projet laissé par CARE et amélioré en interne après le départ de ce dernier. En 2003, WAGES a fait appel à une société informatique de la place pour acquérir un logiciel intégré de comptabilité et de gestion. Ce logiciel est appelé Perfect et a été implanté durant le second semestre 2004 et est fonctionnel depuis la fin de l'année 2004.

Selon le rapport de Microfinanzia, ce logiciel intégré a amélioré le traitement des données en réduisant la manipulation, le risque d'irrégularité et la duplication du travail pour la comptabilité et le portefeuille. Cependant, il présente des faiblesses au niveau de la production des rapports et des états financiers qui sortent avec des délais, tout en posant des problèmes de rapprochement. Les rapports de portefeuille ne permettent pas une analyse, un suivi et une bonne prise de décision. Les agences restent sur une base semi-manuelle.

Ceci pose évidemment un double problème : La crédibilité des informations vis à vis des partenaires et investisseurs et le pilotage au sein de l'institution.

Pour résoudre ce problème sensible, WAGES est en train de programmer une mission d'évaluation du logiciel avant fin 2005 afin de pouvoir, soit le confirmer et l'améliorer, soit choisir de changer pour un logiciel plus répandu et ayant fait ses preuves dans des institutions de micro finance similaires.

IV-3-4 Outils de pilotage

Le plan d'affaires de WAGES a été élaboré en 2002, sur la base des données de 2000. Depuis, il a été régulièrement ajusté, sans que l'on puisse se repérer dans les changements apportés.

La situation de WAGES a considérablement changé depuis cette époque. Il semble aujourd'hui indispensable de refaire l'exercice, en mettant à plat les bases d'une vision renouvelée et la stratégie souhaitée, afin de parvenir à un plan d'action réaliste et adopté par tous.

IV-3-5 Perspectives de l'institution à 5 ans

Aussi bien la Présidente que le Directeur de WAGES ont une vision ambitieuse de croissance pour l'institution : Etendre la portée (« toucher d'autres gens ») et étendre la couverture géographique (« aller vers d'autres villes »), tout en veillant à une qualité du portefeuille.

Le directeur souhaite une présence marquée de l'institution à l'intérieur du pays, y compris dans le rural.

D'un encours actuel de 2 milliards, WAGES vise à atteindre un encours de 4 à 5 milliards FCFA à 5 ans, soit une croissance de plus de 20 % l'an. Il en va de même du nombre de membres, qui passeront de 20 000 à 40-50 000 en 5 ans. Le crédit moyen serait alors de 150 à 200 000 FCFA.

L'objectif visé est d'inverser la tendance actuelle afin que les petits crédits de groupe soient à la fois majoritaire en nombre mais aussi en volume, proportionnellement aux crédits individuels de plus gros montants. A titre d'exemple, les crédits de moins de 500 000 FCFA représenteront 80 % des emprunteurs et 60 % du volume, contre 20 % et 40 % respectivement pour les crédits de 500 000 à 10 000 000 FCFA. Les crédits de 1,5 à 10 millions ne dépasseront pas 10 % du portefeuille.

Lomé, qui représente près de 80 % des activités de WAGES, reculera à 70 %, au bénéfice de l'intérieur. Le but serait de tripler les volumes dans les agences de Sokodé, Tsévié et Agbodrafo. Dans le même temps, si les moyens le permettent, il sera envisagé de pénétrer davantage dans le milieu rural à partir de Sokodé et éventuellement d'ouvrir une nouvelle agence à Palimé ou Atakpamé. Lorsque les conditions le lui permettront WAGES pense qu'il pourra envisager d'investir 25 % de ses bénéfices futurs dans son extension vers le milieu rural.

La stratégie financière en support à cette vision porte surtout sur une stratégie de renforcement de fonds propre, à la fois par l'accumulation des résultats. L'épargne progressera aussi, en passant de 1,2 à 2,7 milliards, alors que les emprunts passeront de 500 à 1 500 millions en 5 ans.

Cinquième partie : Propositions

V-1 Les produits

Pour toucher le plus grand nombre possible de clients de WAGES, une gamme diversifiée de produits devrait être proposée. Les produits sélectionnant des pathologies coûteuses exposant les clients de WAGES à des difficultés financières ou les empêchant de recourir à des soins appropriés devraient être privilégiés.

Six produits ont été sélectionnés à l'issue des enquêtes et des sondages réalisés au cours de l'étude. Ils sont adaptés à la diversité des intentions de cotisations et aux pathologies que la clientèle souhaite couvrir en priorité : Les hospitalisations médicales et chirurgicales, les accouchements simples et compliqués.

Produit	Montant/personne /an	Lieu de distribution	Co-paiement	Prestations *	Prestataires
Produit 1	2 000 FCFA	Agbodrafo	50 % ou franchise à 10 000 FCFA	Hospitalisations médicales et chirurgicales avec MO sans chirurgie programmée	Afagnan + Aného + Hôpital de Bè pour césarienne
Produit 2	2 500 FCFA	Lomé	TM / 50 %	Hospitalisations médicales et chirurgicales sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 3	3 500 FCFA	Lomé	Franchise 10 000 FCFA	Hospitalisations médicales et chirurgicales sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 4	3 800 FCFA	Lomé	Franchise 10 000 FCFA	Hospitalisations médicales et chirurgicales avec MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques exclues
Produit 5	6 000 FCFA	Lomé	Franchise à 15 000 FCFA	Hospitalisations médicales et chirurgicales sans MO et sans chirurgie programmée	Tokoin, Afagnan, Bè, Bon secours CMS sélectionnés. Cliniques sélectionnées

Il est recommandé d'exclure dans un premier temps la prise en charge des interventions chirurgicales programmées qui exposent à un risque important d'anti-sélection, particulièrement en période de lancement du produit. L'intégration des interventions chirurgicales programmées dans les produits d'assurance pourrait être proposée aux clients ayant cotisé plusieurs années de suite, dans une stratégie de fidélisation.

Il est proposé de ne pas inclure les soins ambulatoires dans les produits en raison de leur coût élevé et des contraintes techniques (disponibilité en médicaments dans les formations

sanitaires, multiplicité des formations sanitaires à couvrir), des contraintes administratives (multiplication des facturations, des opérations de contrôle) et de la plus faible attractivité exprimée. Cependant, les mises en observation ont été intégrées dans la conception de certains produits pour augmenter leur attractivité.

Ce choix est conforme aux recommandations des professionnels de la micro assurance qui recommande de démarrer une activité d'assurance avec des produits simples et maîtrisables.

Toutefois, les conséquences sur les recotisations ne sont pas à sous-estimer. Une meilleure connaissance du comportement des prestataires et des assurés devrait permettre d'étendre progressivement les garanties à ce type de prestations.

V-2 Le mode de gestion des produits

V-2-1 La distribution des produits

Il paraît indispensable de faire distribuer le produit d'assurance maladie par les agents qui sont en contact avec les clients et qui ont acquis leur confiance, que ce soit les agents de crédit ou les agents tontiniers (option 4).

Le paiement pourrait s'effectuer à la caisse, simultanément aux remboursements de crédit et aux dépôts. Les clients individuels payant seuls auront le choix entre un paiement fractionné (1/3 au comptant et 2/3 en échéances mensuelles) ou un paiement au comptant (encouragé par un discount). Les clients organisés en groupe devront trouver une modalité qui convienne au groupe : Le paiement fractionné sera probablement le plus fréquemment adopté par le groupe de la ville de Lomé, les paiements en deux ou trois échéances semblent mieux correspondre aux attentes des clients de la zone d'Agbodrafo. La charge de travail additionnelle pour les agents chargés de l'encaissement a été estimée à 7 % d'un travail à temps plein.

A priori et à l'expérience, il semble préférable de réserver la possibilité de couvrir la famille aux seuls clients individuels (plus aisés) et de simplifier les transactions en n'assurant que le client seul dans le cas de clients organisés en groupe. Ceci permettra de confier le suivi aux agents sans les surcharger par rapport à leurs tâches ordinaires.

Selon les hypothèses d'adhésion retenues, le nombre d'adhérents qu'il serait possible de recruter au sein de la clientèle de WAGES varierait entre 1 000 (hypothèse haute) et 500 (hypothèse basse), sur un total de 1 500 correspondant au seuil de rentabilité (voir infra). Les effectifs complémentaires seraient à recruter en dehors de la clientèle de WAGES. Les actifs du secteur informel non membres effectuant des activités comparables tels que les commerçantes du marché de Lomé ou groupes professionnels organisés tels que les coiffeuses, les couturières pourraient être prospectées.

Dans ce cas, le recrutement d'agents d'assurance semble inévitable. Avec un effectif de 650 adhérents par agents, le nombre d'agents à recruter serait de 1 à 4 selon les taux d'adhésion obtenus au sein de la clientèle de l'IMF.

V-2-2 La gestion des produits

Parmi les options identifiées, le choix a été fait par la Direction d'une gestion technique des produits et du suivi technique du risque par un chargé de l'assurance et un responsable des enregistrements des données spécialement recruté à cet effet (hypothèses 1 et 2). Ils seront

chargés des remboursements et/ou des paiements aux prestataires, des contrôles, de la relation avec les prestataires et avec les clients et du suivi du risque. Cette équipe travaillera sous la coordination d'un responsable, qui doit avoir une capacité d'organisation, d'analyse et de négociation. Il travaillera en étroite collaboration avec le service financier qui lui fournira les données dont il a besoin pour son pilotage et ses interventions.

Des vacances d'un médecin conseil sont à prévoir à raison de 24 jours de travail annuels ou 2 jours par mois. Il sera chargé de contrôler les facturations litigieuses et du suivi des prestataires lors de la négociation ou du renouvellement des contrats.

V-2-3 Le contrôle administratif et financier

Les tâches correspondantes seraient à effectuer par le personnel actuel de WAGES chargé des mêmes fonctions pour les produits de micro finance.

L'assistant chargé du contrôle devrait consacrer 10 % de son temps à l'activité d'assurance, le responsable financier, 1 %.

V-3 Les objectifs de rentabilité à atteindre

Les coûts de gestion du schéma de gestion proposé ont été estimés à 17,5 millions de FCFA répartis comme suit :

Tableau : Estimation des coûts de gestion correspondant à l'option proposée

Frais de personnel	Montant en FCFA
Personnel recruté pour la gestion de l'assurance maladie	4 800 000
Indemnité du Personnel administratif de WAGES	1 062 752
Agents chargés de la distribution des produits	6 998 077
Participation au loyer et aux charges	600 000
Téléphone	240 000
Papeterie et fourniture de bureau	1 344 000
Frais de déplacement	612 189
Amortissements du matériel ordinateurs, motos	1 865 888
Total charges	17 522 907

L'option de gestion retenue nécessite d'atteindre un nombre plus élevé d'adhérents. Un démarchage en dehors de la clientèle actuelle de WAGES devra être effectué.

Les avantages comparatifs de la distribution des produits par les agents d'assurance ou des collecteurs d'épargne, en terme d'efficacité pour l'assurance et de rentabilité pour les agents (collecteurs d'épargne ou d'assurance), seront déterminés.

Les objectifs de recrutement d'adhérents à atteindre par WAGES seraient les suivants :

Tableau : Effectifs d'adhérents à recruter pour atteindre le seuil de rentabilité

Hypothèse d'adhésion au sein de WAGES	Coût de gestion de l'assurance	CA prévisionnel	Nombre d'adhérents	Clients WAGES micro finance	Autres Clients à prospecter
Hypothèse haute	17 millions	50 millions	4 100	3 202	898
Hypothèse moyenne	17 millions	50 millions	4 100	1 601	2 499
Hypothèse basse	17 millions	50 millions	4 100	1 057	3 043

Base : cotisation moyenne/famille et par an : 12 000 FCFA

Avec un nombre moyen de 3,2 assurés par adhérents, le nombre total de personnes à assurer serait de 13 120.

V-4 Le statut proposé pour la gouvernance de l'activité d'assurance

V-4-1 Le cadre juridique des IMF's menant des activités de micro assurance

La loi PARMEC régissant les institutions de micro finance n'a prévu aucune disposition relative aux IMF offrant des services de micro-assurance.

L'ensemble des règles généralement usitées en matière d'assurance est prévu au code CIMA. Il régit les compagnies d'assurance et affiliées et leur attribue l'exécution du métier d'assurance à l'exclusion de toute organisation non-régie par le code CIMA. De manière générale, il a pour objet de définir les devoirs des assureurs et de protéger les consommateurs en organisant la supervision des opérateurs.

Dans la pratique, la réglementation est contraignante et constitue un obstacle qui complique le travail des assureurs. L'obligation de produire des rapports et des états financiers réguliers peut impliquer des coûts administratifs élevés. Le capital minimal requis s'avère trop élevé pour les micro-assureurs, dont les polices ne prévoient généralement pas le versement de primes importantes.

Il est cependant à noter que dans aucun pays, la législation n'a été suffisamment développée pour tenir compte du cas particulier que représentent les IMF offrant des services de micro-assurance.

Pour cela, l'IMF qui se propose d'offrir des produits d'assurance, devra au préalable déterminer sa faisabilité en toute légalité.

Dans cette optique elle devra tirer sa légalité de l'application des termes de l'article 28 de la loi PARMEC, qui dispose qu'une IMF peut conclure des accords avec d'autres institutions similaires, des organisations ou institutions financières, afin d'aider ses membres à acquérir des biens et services offerts par des tierces parties dans le cadre de ses objectifs. Elle peut souscrire des contrats d'assurance en vue de couvrir les risques liés à son activité et souscrire également toute assurance au profit de ses membres, à titre individuel ou collectif. L'autorisation du Ministre est requise lorsque les sommes engagées au titre de ces opérations atteignent 5 % des risques de l'institution, déduction faite des risques pris sur des ressources affectées dont les bailleurs de fonds assument les risques. Par risque, il faut entendre essentiellement tout prêt et tout engagement par signature donnée par l'institution (règles et normes de gestion).

V-4-2 Bref aperçu sur le paysage de la micro-assurance au Togo

Au Togo, la micro-assurance a connu ses débuts dans les années 90 avec l'introduction des volets de micro-assurance au projet de développement. C'est ainsi que les mutuelles de santé sont nées pour palier l'insuffisance de soins de santé à la communauté de base. Ces mutuelles sont généralement des organisations sans reconnaissance officielle, exemple de la MUSA de la CSTT à Lomé, de la mutuelle de santé de Gboto dans la préfecture de Yoto, etc. Ces organisations communautaires ignorent la loi et s'organisent sous une forme institutionnelle quelconque. Elles ne sont pas reconnues officiellement et méconnaissent le processus y afférent.

Au niveau du Ministère de la Santé, les projets de développement à volet micro-assurance ne sont plus financés depuis une dizaine d'années suite à la suspension de la coopération avec le Togo. Les besoins sont encore importants à l'issue de la dégradation des conditions de vie de la population.

De leurs côtés, les IMF du Togo n'ont pas encore intégré la pratique de la micro-assurance à leur programme. Le terrain est encore vierge.

V-4-3 Choix d'un statut pour la gestion de la micro assurance par WAGES

Dans le souci de maîtriser la gestion du produit, WAGES a opté pour une gestion internalisée de l'assurance maladie.

Elle pourra le faire à titre provisoire en exploitant les dispositions de l'article 28 de la loi PARMEC tout en veillant à ce que le volume des activités de micro-assurance soit inférieur à 5 % de l'encours de crédit, qui actuellement se situe autour de 2 milliards. Dans ce cas, la structure institutionnelle de WAGES demeurera comme tel en attendant les aménagements en cours au niveau de la loi PARMEC ou l'élaboration d'un cadre réglementaire approprié⁷. Cela aura pour avantage d'opter pour le statut juridique le plus approprié de manière sereine une fois la loi adoptée. D'ailleurs en restant dans cette hypothèse, WAGES pourra déboursier jusqu'à concurrence de 50 millions pour les opérations d'assurance.

WAGES s'attellera à présenter un compte de résultat distinct pour les services de micro assurance et pour les services financiers (en sus d'un bilan et d'un compte de résultats consolidés pour l'ensemble de ses activités). Les méthodes employées pour imputer les produits et les charges qui se rapportent à la fois aux services micro-financiers et aux services de la micro-assurance devront être clairement identifiées et définies.

V-5 La stratégie de lancement des produits d'assurance

V-5-1 La consolidation préalable de l'institution

L'introduction d'un nouveau produit au sein d'une institution nécessite une bonne préparation. Les chances de succès sont d'autant plus importantes que l'institution est bien organisée autour de la conduite de ses activités courantes. Aujourd'hui, bien qu'un gain de productivité semble possible au niveau des agents de crédit et des agents tontiniers, la nécessité de rationaliser l'organisation du « back office » et de l'encadrement fait prendre conscience à la direction que l'assurance maladie ne pourra être introduite avec succès dans WAGES que lorsque la réorganisation du siège sera finalisée.

Dans le court terme, WAGES s'est fixé pour objectif de revoir la composition de sa gouvernance et de la renforcer dans sa légitimité et dans sa capacité à orienter l'institution, d'élaborer un nouveau plan d'affaire pour 2006-2010, de définir une politique de mobilisation d'épargne et d'octroi de crédit, de mettre à jour ses manuels de procédures, de mettre en place un SIG performant et de mettre au point un système de contrôle interne efficace afin de mieux maîtriser les principaux risques qu'encourent l'institution. Les consultations pourraient être commissionnées au cours du deuxième semestre 2005. La mise

⁷ Un projet de législation qui devrait inclure la gestion par les IMF de produits de micro assurance est en cours de mise en œuvre par le BIT et le Ministère Français des Affaires Etrangères pour les pays de l'UMOA.

en œuvre s'étalera sur l'année 2006. Il est attendu que d'ici fin 2006, WAGES aura retrouvé une organisation rationnelle et efficace, en conformité avec son niveau de développement.

En 2007, une fois l'organisation consolidée, WAGES sera alors en mesure d'innover en intégrant de nouveaux produits et de nouveaux projets : Micro assurance maladie et ouverture vers le milieu rural.

Par contre, il paraît indispensable d'intégrer la micro assurance maladie dans le plan d'affaire afin d'en prévoir à la fois les ressources humaines et financières à cet effet.

L'assurance maladie sera déployée à partir de 2007 lorsque l'institution se sera consolidée. Ce produit est perçu comme un service supplémentaire apporté aux membres et aussi un élément d'image : WAGES peut envisager d'y investir une part de ses bénéfices à cet effet.

V-5-2 La mise en œuvre d'un pilote à partir de 2007

La clientèle de WAGES à l'heure actuelle est diverse, allant de femmes plutôt démunies des quartiers de Lomé et de la zone de Agbodrafo à des femmes de condition de vie moyenne voire, pour les clientes individuelles, des femmes plutôt aisées. Chaque catégorie de femmes aura ses propres aspirations en termes de couverture maladie et aussi en termes de moyens qu'elle est prête à mobiliser pour la financer.

La stratégie consiste à lancer simultanément une gamme de produits diversifiés pour répondre le mieux possible à la demande hétérogène du public-cible.

Dans la ville de Lomé, les femmes commerçantes des quartiers centraux semblent assez bien familiarisées avec le concept d'assurance : Pour faciliter l'introduction du produit, il conviendrait de cibler cette clientèle en priorité. Dans une zone plus rurale ou périphérique telle que Agbodrafo, les femmes sont plus défavorisées et moins familiarisées au principe de l'assurance étant pour beaucoup d'entre elles encore dans une économie d'autosubsistance. Bien qu'elles soient celles qui pourraient en avoir le plus besoin, c'est aussi auprès de ce public que se serait le plus difficile de faire adopter un tel mode de prévoyance.

Deux options peuvent être considérées pour les clientes les plus démunies : Soit limiter la couverture maladie à elle seule, considérant qu'elle est le gagne pain de la famille et doit être bien protégée pour pouvoir jouer ce rôle correctement. L'autre option consisterait à utiliser une partie des bénéfices de WAGES pour abonder leurs efforts et leur offrir une protection à un tarif modéré.

Enfin, il semble intéressant d'offrir les produits non seulement aux emprunteurs, mais aussi aux déposants, que ce soit les détentrices de comptes individuels ou les déposantes tontinières. A ces déposantes, WAGES pourrait proposer d'affecter une partie de leur épargne à leur santé sous forme de cotisation à l'assurance maladie ; ce sera un nouveau produit d'épargne.

L'analyse des termes de la faisabilité de l'assurance maladie effectuée conduit à recommander le développement de l'activité en deux étapes.

La première étape porterait sur la mise en œuvre d'un pilote, son suivi et son évaluation. Ce pilote aurait pour objectifs :

- De valider les hypothèses retenues en terme d'adhésions et de capacité de mobilisation financière du produit.

- D'apprécier en grandeur réelle l'efficacité et les coûts de gestion des produits d'assurance selon le modèle proposé.
- De valider les termes de la viabilité de l'activité pour WAGES.

Elle serait suivie d'une deuxième étape comprenant l'extension du système à l'ensemble de la clientèle de WAGES sur la ville de Lomé et sur la zone d'Agbodrafo.

Conclusions de l'étude de faisabilité

Les éléments de faisabilité identifiés

L'étude de faisabilité a permis de mettre en évidence :

- L'existence d'une demande solvable pour l'assurance plus forte dans la ville de Lomé que dans la Zone d'Agbodrafo.
- Une attractivité réelle pour des produits adaptés à la solvabilité de cette demande.
- Des prestataires partenaires possibles de l'assurance.
- Une stratégie de lancement de différents produits afin de s'adapter à la diversité de la demande.
- Une force de vente et de suivi de la clientèle que représentent les collecteurs d'épargne et les agents de crédits de WAGES.

Les modalités de gestion et de gouvernance retenues

Des modalités de distribution et de gestion des produits d'assurance ont été identifiées :

- Vente des produits en priorité par les collecteurs d'épargne et les agents de crédits de WAGES, avec le recours au recrutement d'agent d'assurance pour le démarchage de nouveaux clients.
- Recrutement d'une équipe (un chargé d'assurance et un chargé de la saisie des données et de la production d'information)

WAGES envisage la gestion de l'activité sous la gouvernance de l'ONG. Cette option est possible sous réserve que le chiffre d'affaires de l'activité d'assurance maladie ne dépasse pas 5 % du chiffre d'affaires des activités de micro finance.

Les termes de la viabilité de l'activité d'assurance maladie

Selon cette option les coûts d'intermédiation de l'assurance maladie ont été estimés à 17,5 millions de FCFA. Ils pourront être couverts par 13 200 assurés, avec le démarchage de la clientèle de WAGES et le recrutement de nouveaux clients.

Les contraintes de gestion de l'assurance maladie

Les contraintes de gestion des produits d'assurance ne sont pas à sous-estimer :

- La complexité de la gestion de l'assurance maladie.
- La rentabilité plus faible de l'activité compte tenu du niveau moyen de contribution des publics-cibles/ la difficulté à financer les coûts réels.
- La charge de travail lié au recrutement et au suivi individuel des adhérents.
- La diversité des produits et des prestataires à suivre pour s'adapter aux demandes exprimées par le public cible/ le contrôle des produits.

- L'investissement nécessaire à la mise en place du produit et sa gestion par les professionnels de la micro finance.
- La nécessité pour WAGES de consolider son organisation avant de se lancer dans une nouvelle activité.

La stratégie de mise en œuvre

Pour tenir compte des contraintes identifiées, la mise en œuvre d'une démarche en trois temps est proposée :

- L'appui à la consolidation de l'organisation de WAGES : 2005-2006.
- Le démarrage d'un pilote pour valider en grandeur nature les termes de la viabilité de l'activité d'assurance.
- L'évaluation de la phase pilote et le lancement à grande échelle sur la ville de Lomé et dans la zone d'Agbodrafo

Le partenariat entre le CIDR et WAGES se poursuivra. Un programme de renforcement institutionnel et d'extension en milieu rural de WAGES sera élaboré et mis en œuvre par les deux institutions. Dans ce cadre, le CIDR mettra à la disposition de WAGES les compétences et les ressources nécessaires à son développement. L'introduction de la micro assurance sera programmée au cours de la deuxième phase du projet.

Bibliographie

Ref. 1 : Providing Insurance to Low-Income Households - Warren Brown and Craig Churchill - Calmeadow – Microentreprise Best Practice

Ref. 2 : International Discussion Forum on Micro-Insurance - Dhaka Bangladesh 29 February, 2000

Ref. 3 : Health Insurance in India: Prognosis and Prospectus - Randall P. Ellis, Moneer Alam, Indrani Gupta; Insitute of Economic Growth, Dheli India

Ref. 4 : Social health insurance development in low-income developing countries - Next roles for Government and non-profit health insurance organisations - Guy Carrin, Martinus Desmet and Robert Basaza – 2000

Ref. 5 : Roundtable on Micro Insurance Services in the informal Economy - The role of Micro finance institutions - The Ford Foundation New York 21 July 2000

Ref. 6 : Microinsurance in Uganda - A case Study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision - NHHP/FINCA Uganda – Health Care Financing Plan - J. Mc Cord - Micro-Save Africa

Ref. 7 : SEWA Self Employed Women's Association 1996

Ref. 8 : Organizing Insurance for Women Workers - The SEWA Experience - Mirai Chatterjee General Secretary, SEWA.

Ref. 9 : The social Security Program of the Self-Employed Women's Association -Draft version Katharina Hauck - WHO.

Ref. 10 : Microinsurance - A case study of an example of the full service model of microinsurance provision - SEWA - J. Mc Cord - Micro-Save – 2001

Ref 11 : Articulation institutions de micro finance et systèmes d'assurance : Etude de cas de la Grameen Bank (Bengladesh) de Sewa (Inde) et de Finca (Ouganda) CIDR Septembre 2002

Ref 12 : ¹ Source Etude de faisabilité : Projet de création d'une mutuelle de santé à Kodjioviakopé Sollange Bleamy et Rachelle Zimakan Rapport de stage DESS CERDI

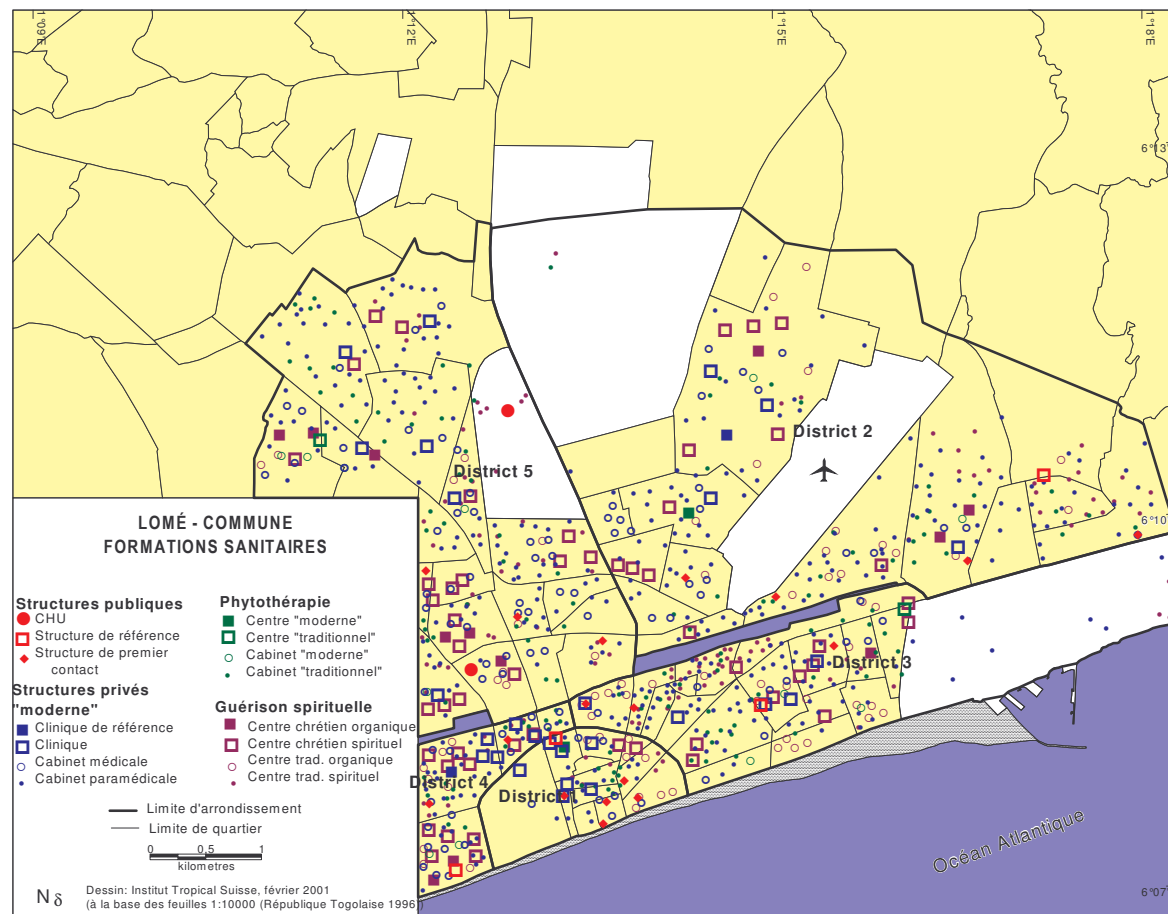
Ref 13 : Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique ; La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique Octobre 2004

Ref 14 : Qu'est-ce que le secteur sanitaire privé ? Etude sur le secteur sanitaire privé formel et informel dans la commune de Lomé. Direction Régional de la Santé Soins de santé Urbain à Lomé GTZ 1999 Dr. Anselm Schneider and co.

Ref 15 : Etude d'opportunité pour la promotion de la micro assurance maladie au bénéfice des membres de WAGES. Rapport d'étude WAGES/CIDR Smaey Y. Comlan Mars 2002

Ref 16 : Colloque sur l'assurance maladie Présentation du TOGO Jacques Gavon et co.

Annexe 1 : Carte sanitaire de la ville de Lomé



Annexe 2

Annexe 2 : Morbidité enregistrée dans le District 3 (Quartier de Bé)

Consultations pédiatriques	District 3		Nombre (Bè)	Population	Fréquence
Paludisme	26,17 %	26,17 %	2 857	44 400	6,4 %
Bronchite et pneumo	13,33 %	39,50 %	1 455	44 400	3,3 %
Rhino pharyngites et assim.	9,58 %	49,08 %	1 046	44 400	2,4 %
Diarrhée	5,96 %	55,04 %	651	44 400	1,5 %
Otites	4,26 %	59,30 %	465	44 400	1,0 %
Dermatose	3,71 %	63,01 %	405	44 400	0,9 %
Abcès et furoncles	2,89 %	65,90 %	316	44 400	0,7 %
Conjonctivite	2,63 %	68,53 %	287	44 400	0,6 %
Anémie grave	2,52 %	71,05 %	275	44 400	0,6 %
Autres	28,95 %	100,00 %	10 917	44 400	24,6 %

Consultations adultes	%	% cumulés	NB	Populations	Fréquence
Paludisme	28,79 %	28,79 %	10 396	177 600	5,9 %
Accidents de la circulation	8,49 %	37,28 %	3 066	177 600	1,7 %
Parasitose	6,03 %	43,31 %	2 177	177 600	1,2 %
Autres accidents	5,85 %	49,16 %	2 112	177 600	1,2 %
Broncho pneumo	5,53 %	54,69 %	1 997	177 600	1,1 %
Maladies de la peau	3,55 %	58,24 %	1 282	177 600	0,7 %
Maladies diarrhéiques	2,53 %	60,77 %	914	177 600	0,5 %
HTA	2,37 %	63,14 %	856	177 600	0,5 %
Rhino pharyngites et assim.	2,18 %	65,32 %	787	177 600	0,4 %
Abcès furoncle	1,95 %	67,27 %	704	177 600	0,4 %
Rhumatismes	1,62 %	68,89 %	585	177 600	0,3 %
Anémie	1,56 %	70,45 %	563	177 600	0,3 %
Mal. Inf. intest. Typhoïde	1,50 %	71,95 %	542	177 600	0,3 %
MST/IST	1,31 %	73,26 %	473	177 600	0,3 %
Otites	1,30 %	74,56 %	469	177 600	0,3 %
Douleurs abdominales	0,93 %	75,49 %	336	177 600	0,2 %
Autres	24,51 %	100,00 %	36 110	177 600	20,3 %

Annexe 3 : Recherche documentaire sur le sida

1. Sida et société au Togo

1.1 Généralité sur le VIH/SIDA au Togo

Les premiers cas de SIDA ont été annoncés au Togo dans les années 80. De 1987 à 2002, on a enregistré un effectif cumulé de 14 840 cas. On peut estimer aujourd'hui le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à 180 000. La couche de la population de 19 – 49 ans, durement frappée par cette pandémie, constitue l'essentiel des forces vives du pays.

D'après les estimations de l'ONU/SIDA, 14 000 personnes (adultes et enfants) sont mortes du SIDA en 1999 et 10 000 en 2003.

Les conséquences de cette pandémie se situent à plusieurs niveaux.

D'abord au niveau sanitaire, on assiste à un alourdissement des dépenses de santé et à la surcharge des services de santé.

Ensuite au niveau des ménages, on enregistre une perte substantielle de revenus qu'impose en conséquence un réaménagement du budget du ménage avec possibilité de rejet de rubriques ou postes budgétaires pourtant essentiels, ce qui pose un problème d'éducation et de soutien aux orphelins de SIDA.

Au niveau social, on assiste au décès des adultes dans leurs années les plus productives (économiquement et socialement). La conséquence la plus frappante est que les vieux perdent ainsi le soutien alors qu'ils ont plus besoin de services. Le taux d'accroissement démographique s'en trouve ainsi réduit avec un taux de 6 % de séroprévalence en fin 2002 (PNLS/IST, décembre 2002)

Par ailleurs, sur le plan de l'éducation, des données parcellaires montrent que depuis le début de l'épidémie, il y a une augmentation de cas de SIDA dans les milieux scolaires.

Enfin, au niveau macro-économique, il y a risque d'une baisse plus importante des recettes fiscales et du budget alors que les besoins croissent en raison de l'épidémie du SIDA.

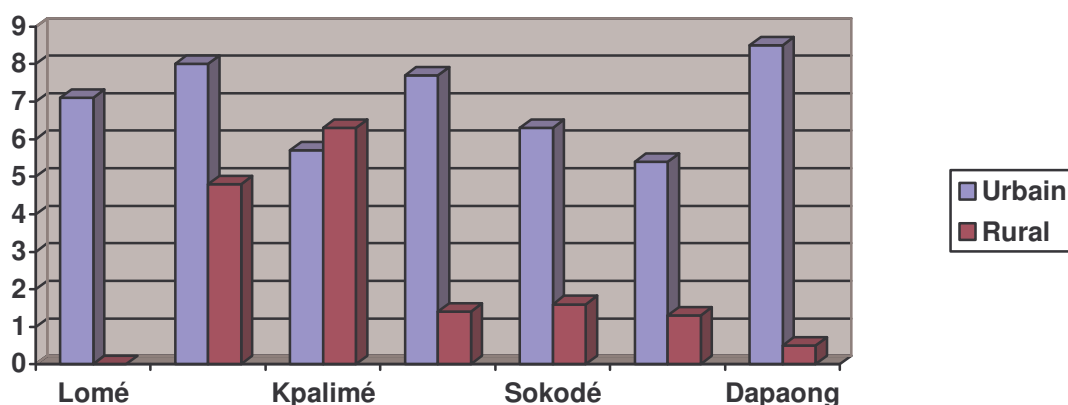
L'information sur la surveillance du VIH/SIDA auprès des femmes togolaises aux consultations prénatales est disponible depuis 1991.

Lomé est la principale zone urbaine au Togo. En 1992, 16,5 % des femmes loméennes enceintes étaient séropositives. En 1996 et 1997, ce taux est passé à 8 %.

En dehors de Lomé, des données ont été fournies pour Dapaong de 1991 à 1993. En 1991, 1 % des femmes soumises au test à l'occasion de consultations prénatales étaient positives pour le VIH-1 et/ou le VIH-2. De 1992 à 1993, la prévalence pour le VIH-1 est passée de près de 2 % à 3 %. En 1993, près de 2 % des femmes de moins de 20 ans étaient infectées par le VIH-1. Entre 1994 et 1997, la prévalence du VIH chez les femmes testées dans ces sites sentinelles a été de 5 %. En 1997, ce taux se situait entre 3 et 8 %.

En l'an 2003, les informations sont disponibles pour plusieurs régions du pays. C'est ce que confirme le graphique suivant.

Taux de prévalence du VIH/SIDA en (%) chez les femmes enceintes par région en l'an 2003 au Togo.



Source : ONUSIDA : Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles au Togo en 2004.

Les données de ce graphique montrent qu'en général les zones urbaines sont les plus exposées à la pandémie du VIH/SIDA.

Néanmoins, la propagation de la maladie en milieu rural n'est pas à négliger.

1.2 Perception et stigmatisation des malades du SIDA

Dans les communautés togolaises, il est difficile de parler ouvertement du SIDA. Cette attitude est liée à la perception négative que les populations ont de la principale voie de transmission de cette maladie ; le sexe. En effet, le sexe est encore de nos jours perçu comme un sujet tabou, objet de pudeur et de honte. De ce fait, le SIDA qui est essentiellement d'origine sexuelle, est d'emblée considéré par les communautés comme une maladie de la honte. Une telle perception entraîne des conséquences sur le développement de la maladie et des rapports sociaux. D'abord, l'individu n'a pas le courage de reconnaître qu'il est porteur du virus et se faisant, il retarde ou amenuise ses chances de guérison. Ensuite, dès qu'il est détecté comme tel, il fait l'objet d'une stigmatisation et d'une marginalisation, voire d'un rejet de la part de son entourage proche ou plus ou moins lointain. Compte tenu de la force des liens entre l'individu et sa famille dans la société africaine, le traitement social réservé à l'individu sain ou malade porteur du SIDA, affecte automatiquement toute la famille, altérant ainsi la cohésion sociale et la solidarité qui caractérise traditionnellement les communautés. Par conséquent, dans un milieu où les valeurs morales déterminent les valeurs sociales des individus, des familles et même des clans, l'introduction de cette maladie au sein d'une famille est synonyme de ternissement de l'image de marque de cette famille et celui à qui cette maladie arrive est considéré comme vagabond, un porte-malheur. C'est ce qui justifie que dans certaines familles de nos sociétés africaines, réputées pour leur solidarité légendaire, on arrive à rejeter ou à abandonner un frère, un fils ou une sœur malade du SIDA. C'est ce qui justifie également que les orphelins du SIDA, même sains, font l'objet de stigmatisation, de railleries, voire de rejet.

En fait, la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au SIDA constituent les plus importants obstacles à la prévention des nouvelles infections, à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquat et à l'atténuation de l'impact. Elles sont provoquées par toutes sortes de facteurs, notamment une mauvaise compréhension de la maladie, les mythes concernant la transmission du VIH, les préjugés, l'insuffisance des traitements, la manière irresponsable dont les médias parlent de l'épidémie, le fait que le

SIDA soit incurable, les craintes sociales concernant la sexualité, les peurs liées à la maladie et à la mort et celles qui concernent la consommation de drogues injectables.

Partout dans le monde, on a observé des cas bien documentés de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui subissent ostracisme et discrimination et qui se voient refuser l'accès aux services en raison de leur statut sérologique. Sur le lieu de travail, dans les domaines de l'éducation et des soins de santé ainsi que dans la communauté, les individus n'ont pas les connaissances nécessaires pour comprendre que le VIH/SIDA ne peut être transmis par les contacts quotidiens et ne savent pas toujours que l'infection peut être évitée en adoptant des précautions relativement simples. Ce manque de connaissances pousse les individus à exclure et stigmatiser les personnes qui sont infectées ou dont on pense qu'elles sont infectées, par le VIH/SIDA.

Le VIH est trop souvent perçu comme un stigmate, c'est-à-dire une « marque » sur une personne. Cette considération négative suscite des comportements sociaux néfastes vis-à-vis des personnes infectées ou suspectées de l'être.

Dans la plupart des sociétés, le VIH est fortement stigmatisé. Le préjudice social est tellement bien enraciné, que les personnes infectées sont rejetées et méprisées. Dans certains cas, des personnes sont stigmatisées uniquement pour une suspicion d'association avec le VIH.

La stigmatisation avec le VIH et les personnes affectées découle de plusieurs considérations. Parmi celles-ci, l'opinion publique associe la maladie aux groupes marginalisés, comme les homosexuels, les usagers de drogues par injection et les professionnels du sexe. Une association est également faite avec la notion de « mauvais comportements » ou « mauvaises actions », telles que la promiscuité sexuelle.

Dans certaines régions, elle s'exprime par une discrimination flagrante : Les personnes perdent leur travail et leurs familles sont exclues des écoles ou se voient refuser un traitement hospitalier, seulement parce qu'elles sont infectées par le VIH ou que leurs proches le sont.

Etant donné la stigmatisation associée au VIH/SIDA et la discrimination qui s'ensuit, les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leurs familles sont fréquemment violés. La violation des droits accroît l'impact négatif de l'épidémie. Au niveau de l'individu, par exemple, elle provoque des angoisses et des souffrances inutiles, facteurs dont on sait qu'ils contribuent à un mauvais état de santé. Au niveau de la famille et de la communauté, elle suscite la honte parmi les personnes touchées et les poussent à cacher leurs liens avec l'épidémie et à éviter de participer à des actions sociales positives. Enfin, au niveau de la société dans son ensemble, la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA renforce la notion erronée selon laquelle de tels actes sont inacceptables et les personnes infectées par le VIH/SIDA doivent être exclues et blâmées.

Partout dans le monde on a observé de nombreux cas de ce type de discrimination associé au VIH/SIDA. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA (ou présumées telles) ont été mises à l'écart dans les écoles et les hôpitaux, parfois dans des conditions cruelles et dégradantes. Des cas de traitement dégradant ont été fréquemment observés dans les prisons où des détenus ont été placés en isolement, souvent sans que leurs besoins fondamentaux soient pris en compte, y compris l'accès à la prise en charge médicale.

En 1999 par exemple, une recherche réalisée auprès des élèves du premier degré au Togo révèle une attitude générale de rejet des personnes vivant avec le VIH en milieu scolaire. Selon cette étude 29 % seulement des élèves interviewées sont d'accord pour qu'un élève porteur du VIH poursuive ses études à l'école. D'après ces élèves, les porteurs du virus ne présentent aucun danger pour les autres. Ceux qui ne sont pas d'accord de cohabiter avec

leurs camarades porteurs justifient leur refus par la crainte de contamination (PNLS/IST, 1999, P.5)

1.3 Groupes vulnérables.

Au regard des résultats de plusieurs recherches, le VIH/SIDA progresse de façon exponentielle au Togo. Les principaux groupes-cibles identifiés comme étant vulnérables à la maladie sont :

- Les jeunes, à cause de leur âge qui justifie leur degré d'activités sexuelles.
- Les femmes, à cause de leur statut social et économique inférieur qui les obligent à vivre dans une situation de subordination et à subir les comportements à risque des hommes (refus du port de préservatif par exemple)
- Les professionnelles de sexe, à cause de leur métier.
- Les drogués, à cause de l'utilisation en commun des seringues pour les drogues injectables.
- Les transporteurs routiers, les militaires et les migrants, à cause de leur mobilité qui les pousse à avoir des partenaires occasionnelles. (Amouzou Koami A., 2002, P.95).

Annexe 4.1

Annexe 4.1 : Paramètres de la qualité perçue dans les formations sanitaires étudiées

Nom de la formation sanitaire	Quartier	CATEGO	Agreement	Garde d'urgence	Nombre patients/agents	Durée moyenne*	Temps moyen **	Pharmacie ***	Ordonnances externes (sur 10)
Hôpital de Bé	Bé	HR.PP	oui	oui	10	20	120	1	4
CMS Ste Anne	Bé	CMS-PS	oui	0	20	15	25	1	1
Clinique Bel Air	Bé	Clinique Privée	oui	oui	9	15	15	0	9
CHR Aného	Préf, Lacs	CHR	oui	oui	15	20	30	1	8
CHU Lomé Commune	Adawlato	CHR	oui	oui	50	20	30	1	2
Centre de Santé Amoutivé	Amoutivé	USP	oui	0	50	20	20	1	3
CMS Adidogomé	Adidogomé	CMS-PS	oui	oui	30	15	10	1	2
Centre de Santé Adakpamé	Adakpamé	CMS-PS	oui	oui	17	20	45	1	1
Clinique le Printemps	Doumassesse	Clinique Privée	oui	oui	8	15	20	1	4
Clinique la confiance	LomNava	Clinique Privée	oui	oui	15	10	20	1	8
Dispensaire de Gbodjomé	Gbodjomé	USP	oui	oui	10	10	10	1	4
CMS croix Rouge	LomNava	CMS-PS	oui	0	12	20	15	1	3
Hopital St J de DIEU Afagnan	Afagnan	Hopital	oui	oui	72	20	60	1	1
Centre de Santé Agbodrafo	Agbodrafo	USP	oui	oui	10	10	10	1	2
Hopital Régina Pacis	Apédokoin	CMS-PS	oui	oui	25	20	15	1	1
CHU Tokoin	Tokoin	CHU	oui	oui	31 300	20	20	1	4

* Durée moyenne d'attente en consultations ambulatoires

** Temps moyen d'une consultation

*** Existence d'une pharmacie dans l'établissement

Annexe 4.2

Annexe 4.2 :Volume d'activités des formations sanitaires étudiées pour l'année 2003

Nom de la formation sanitaire	CC Adult NVX	CC enf NX	CC totales	Soins infirm	Labo	Soins dent	Mise en obs	Hosp Med enfnt	Hosp Med adulte	ACS simp	ACC comp	Cesar.	Inter. chirug	CPN	Nombre spécialités
Hôpital de Bé	12 942	10 916	36 487	30 000	32 400	1 537	2 706	1 425	823	2 259	59	797	-	11 486	1
CMS Ste Anne	9 613	3 383	12 996	1 490	17 713	non	non	non	non	non	non	non	non	non	2
Clinique Bel Air			3 300	1 680	1 800	-	720	1 080	1 800	12	-	-	-	12	6
CHR Aného	2 756	2 125	4 881	1 250	4 580	204	1 254	225	537	356	108	-	230	222	1
CHU Lomé Commune	20 914	5 085	25 999	2 720	315	non	2 049	127	233	-	-	-	520	345	5
Centre de SantéAmoutivé	7 920	2 172	10 092	580	1 560	non	non	non	non	non	non	non	non	517	10
CMS Adidogomé	4 520	5 281	9 801	1 900	4 800	-	non	non	non	769	non	non	non	1 325	8
Centre de Santé Adakpamé	5 722	6 786	13 109	1 740	6 720	-	1 095	-	-	2 200	-	-	-	2 105	52
Clinique le Printemps	1 464	1 080	2 544	600	5 160	120	720	500	200	45	-	3	1	45	10
Clinique la confiance	46 000	3 500	49 500	3 285	2 160	-	1 800	1 000	800	45	-	-	-	-	16
Dispensaire de Gbodjomé	1 728	984	3 744	400	450	-	720	-	-	-	120	-	-	180	2
CMS croix Rouge	3 611	1 608	5 219	1 680	1 612	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Hopital St J de DIEU Afagnan	10 840	15 000	25 840	13 500	86 458	222	1 826	1 406	2 418	709	22	386	2 006	800	189
Centre de Santé Agbodrafo	744	984	1 728	400	450	36	1 120	-	-	780	-	-	-	240	15
Hopital Régina Pacis	4 500	3 312	8 388	4 700	4 700	non	1 600	15	9	4	-	-	-	264	240
CHU Tokoin	31 301	4 301	35 611	5 421	18 067	4 521	7 076	3 128	2 808	23 338	89	867	2 843	23 700	600
Total	164 575	66 517	249 239	71 346	188 945	6 640	22 686	8 906	9 628	30 517	398	2 053	5 600	41 241	1 169

Annexe 4.4 : Prix des prestations hospitalières en 2003 des formations sanitaires étudiées

Nom de la formation sanitaire	IRA ADULTE HOSP	IRA ENFANT HOSP	ACC Simple	ACC COMP	ACC Simple	ACC COMP	Césarienne	Appendi cectomime	Laparotomie
CHU Tokoin	36 400	35 400	10 000	43 500	10 000	43 500	89 500	104 400	123 500
Hôpital de Be	25 900	38 400	8 100	12 100	8 100	12 100	59 100	non	non
Hopital St J, de DIEU Afagnan	23 500	20 000	7 500	12 000	7 500	12 000	46 500	65 500	84 000
CHR Lomé Commune	36 400	35 400	non	non	non	non	non	104 400	123 500
CHR Aneho	26 500	17 500	5 000	12 500	5 000	12 500	60 500	52 500	76 500
Cliniques privées									
Clinique Bel Air	83 000	70 000	62 500	25 000	5 000	12 500	Non	non	non
Clinique le Printemps	45 000	45 000	35 000	45 000	35 000	45 000	350 000	300 000	non
Clinique la Confiance	45 000	45 000	25 000	45 000	25 000	45 000	non	non	non

Annexe 4.5 : Estimation des prix des consultations ambulatoires en 2003

Nom de la formation sanitaire	CC X AD	CC ENF	LAB GE	Palu simple Consultation	Palu Compl MO	IRA ADULTE	IRA ENFANT
Hôpitaux							
CHU Tokoin	900	900	900	4 400	14 400	6 900	4 400
Hôpital de Be	1 000	900	500	4 700	15 800	28 900	9 000
CHR Lomé Commune	900	900	900	4 400	14 400	6 900	4 400
Hôpital St Jean de DIEU Afagnan	1 000	1 000	500	5 500	13 500	11 500	8 000
CHR Aneho	500	500	500	4 000	13 500	3 500	4 500
Cliniques							
Clinique Bel Air	3 500	3 500	1 000	10 500	30 000	11 500	10 000
Clinique le Printemps	2 000	2 000	1 000	6 000	18 000	15 000	10 000
Clinique la Confiance	2 500	2 500	1 000	6 000	18 000	15 000	10 000
Centre de santé de base public							
Centre de Santé Agbodrafo	100	100	100	900	9 100	3 200	3 200
Centre de Santé Amoutivé	500	500	500	3 900	7 400	6 800	4 900
CMS Adidogomé	300	300	300	3 300	8 300	5 300	6 300
Centre de Santé Adakpamé	300	300	300	1 300	17 650	1 300	1 050
Dispensaire de Gbodjomé	100	100	100	600	7 100	3 600	2 600
Centres de santé privé sociaux							
Hopital Régina Pacis	500	500	500	2 400	12 100	7 500	5 000
CMS Ste Anne	500	500	400	3 500	14 250	8 500	8 500
CMS Croix Rouge	300	300	500	1 450	15 800	5 300	2 300

Annexe 5.1

Annexe 5.1 : Hypothèse 1 : Gestion autonome et recrutement d'agents d'assurance**Hypothèse d'adhésion**

Montant unitaire de la cotisation/adhérent	12 000
Taux de prélèvement pour frais de gestion	35 %

Hypothèse agents d'assurance

Salaire net mensuel agent d'assurance	60 000
Coûts de carburant de la moto (par mois)	15 000
Coûts d'entretien de la moto	5 000
Coûts d'amortissement de la moto	200 000
Nombre de collecte par adhérent et par an	10
Temps moyen d'une collecte en minutes	5
Temps consacré au renouvellement des adhésions par adhérent/an en minutes	60
Temps total consacré au démarchage de clients	10 %
Temps consacré au travail administratif	20 %

Résultats agents d'assurance

Temps moyen de l'agent consacré par adhérent	110
Nombre d'assurés par agent	635
Temps consacré par adhérent et par an	2,75
% des cotisations reversée aux agents d'assurance	11 %
Nombre d'agents	6,61

Base coûts

Salaire et charges du chargé de l'assurance	300 000
Salaires et charges responsables de la saisie des données	100 000
Coûts de fonctionnement d'une moto par mois	20 000

Estimation de la charge de travail du personnel de WAGES

Gestion des risques	Minutes	Périodicité
Vérification des factures émises par les prestataires	20	mois
Règlement des prestataires	10	mois
Suivi du droit aux prestations	60	mois
Liste des assurés suspendus	60	an
Communication de la liste aux prestataires	60	mois
Information des intéressées	10	an
Suivi du risque		
Enregistrement des prestations	10	Nb de prestataires
Tirage des tableaux de bord et exploitation	120	mois
Négociation des contrats	120	an
Relation continue avec les prestataires	10	jour
Visite pour règlement des litiges	120	an
Audit médical	120	an
Gestion des adhérents		
Saisie des adhérents et des bénéficiaires	15	
Confection des cartes	15	
Vérification et signature des cartes	5	
Tenue des fiches d'encaissement des cotisations	60	
Validation de la journée d'encaissement des cotisations	20	
Gestion comptable et financière		/adhérent
Ordonnancement des dépenses	5	/adhérent
Règlement des dépenses	5	/adhérent
Budget prévisionnel	600	Semaine
Etats financiers	120	Semaine
Caissière	10	jour
Contrôle interne		jour
Contrôle interne des collecteurs	360	an
Temps de réalisation d'un audit médical	120	agents
Nombre de prestataires conventionnés	10	
Nombre d'audit par prestataires	4	semestre

Base de calcul : Taux d'adhésion chez les personnes contactées de 10 %

Durée des visites de l'agent d'assurance en minutes	Minutes
1° visite	15
2° visite	15
3° et 4 °visites	30
Total recrutement de nouveaux membres	60
Visite de collecte des cotisations	10

Annexe 5.2 : Hypothèse 2 : Service autonome avec collecteurs d'épargne**Hypothèse d'adhésion**

Montant unitaire de la cotisation/adhérent	12 000
Taux de prélèvement pour frais de gestion	35 %

Hypothèses collecteurs

% des cotisations reversé aux collecteurs pour la collecte des cotisations	5 %
Participation aux coûts de carburant de la moto (par mois)	5 000
Participation aux coûts d'entretien de la moto	2 000
Participation aux coûts d'amortissement de la moto	40 000
% du temps d'un collecteur consacré à l'assurance	35 %
Nombre de collecte par adhérent/mois	1
Temps moyen de collecte par client en mn	5
Temps consacré au renouvellement des adhésions par adhérent/an en minutes	60

Résultats collecteurs

Nombre de collecteurs	12
Nombre de clients par collecteur	350
Commission par collecteur et par mois	17 500
Temps consacré par adhérent et par an en heure	1,67

Base coûts

Salaire et charges du chargé de l'assurance	300 000
Salaires et charges responsables de la saisie des données	100 000
Coûts de fonctionnement d'une moto par mois	20 000

Estimation de la charge de travail du personnel de WAGES

Gestion des risques	Minutes	Périodicité
Vérification des factures émises par les prestataires	20	mois
Règlement des prestataires	10	mois
Suivi du droit aux prestations	60	mois
Liste des assurés suspendus	60	an
Communication de la liste aux prestataires	60	mois
Information des intéressées	10	an
Suivi du risque		
Enregistrement des prestations	10	Nb de prestataires
Tirage des tableaux de bord et exploitation	120	mois
Négociation des contrats	120	an
Relation continue avec les prestataires	10	jour
Visite pour règlement des litiges	120	an
Audit médical	120	an

Gestion des adhérents	Minutes	Périodicité
Saisie des adhérents et des bénéficiaires	15	
Confection des cartes	15	
Vérification et signature des cartes	5	
Tenue des fiches d'encaissement des cotisations	60	
Validation de la journée d'encaissement des cotisations	20	
Gestion comptable et financière		/adhérent
Ordonnancement des dépenses	5	/adhérent
Règlement des dépenses	5	/adhérent
Budget prévisionnel	600	Semaine
Etats financiers	120	Semaine
Caissière	10	jour
Contrôle interne		jour
Contrôle interne des collecteurs	360	an
Temps de réalisation d'un audit médical	120	/prestataire
Nombre de prestataires conventionnés	10	
Nombre d'audit par prestataire	4	semestre

Annexe 5.3

Annexe 5.3 : Hypothèse 3 : Gestion intégrée avec agents d'assurance

Hypothèse d'adhésion	
Montant unitaire de la cotisation/adhérent	12 000
Taux de prélèvement pour frais de gestion	35 %
Hypothèse agents d'assurance	
Salaire net mensuel agent d'assurance	60 000
Coûts de carburant de la moto (par mois)	15 000
Coûts d'entretien de la moto	5 000
Coûts d'amortissement de la moto	200 000
Nombre de collecte par adhérent et par an	10
Temps moyen d'une collecte en minutes	5
Temps consacré au renouvellement des adhésions par adhérent/an en minutes	60
Temps total consacré au démarchage de clients	10 %
Temps consacré au travail administratif	20 %
Résultats agents d'assurance	
Temps moyen de l'agent consacré par adhérent	110
Nombre d'assurés par agent	635
Temps consacré par adhérent et par an	2,75
% des cotisations reversée aux agents d'assurance	11 %
Nombre d'agents	3,62
Base coûts	
Salaires et charges du chargé de l'assurance	300 000
Salaires et charges responsables de la saisie des données	100 000
Coûts de fonctionnement d'une moto par mois	20 000
Estimation de la charge de travail du personnel de WAGES	
Gestion des risques	Minutes
Vérification des factures émises par les prestataires	20
Règlement des prestataires	10
Suivi du droit aux prestations	60
Liste des assurés suspendus	60
Communication de la liste aux prestataires	60
Information des intéressées	10
Suivi du risque	
Enregistrement des prestations	10
Tirage des tableaux de bord et exploitation	120
Négociation des contrats	120
Relation continue avec les prestataires	10
Visite pour règlement des litiges	120
Audit médical	120
Gestion des adhérents	
Saisie des adhérents et des bénéficiaires	15
Confection des cartes	15
Vérification et signature des cartes	5
Tenue des fiches d'encaissement des cotisations	60
Validation de la journée d'encaissement des cotisations	20
Gestion comptable et financière	
Ordonnancement des dépenses	5
Règlement des dépenses	5
Budget prévisionnel	600
Etats financiers	120
Caissière	10
Contrôle interne	Minutes
Contrôle interne des collecteurs	360
Temps de réalisation d'un audit médical	120
Nombre de prestataires conventionnés	10
Nombre d'audits par prestataire	4

Annexe 5.4

Annexe 5.4 : Hypothèse 4 : Gestion intégrée avec collecteurs d'épargne

Hypothèse d'adhésion		
Montant unitaire de la cotisation/adhérent	12 000	
Taux de prélèvement pour frais de gestion	35 %	
Hypothèses collecteurs		
% des cotisations reversé aux collecteurs pour la collecte des cotisations	5 %	
Participation aux coûts de carburant de la moto (par mois)	5 000	
Participation aux coûts d'entretien de la moto	2 000	
Participation aux coûts d'amortissement de la moto	40 000	
% du temps d'un collecteur consacré à l'assurance	35 %	
Nombre de collecte par adhérent/mois	1	
Temps moyen de collecte par client en mn	5	
Temps consacré au renouvellement des adhésions par adhérent/an en minutes	60	
Résultats collecteurs		
Nombre de collecteurs	6	
Nombre de clients par collecteur	350	
Commission par collecteur et par mois	17 500	
Temps consacré par adhérent et par an en heures	1,67	
Base coûts		
Salaires et charges du chargé de l'assurance	300 000	
Salaires et charges responsables de la saisie des données	100 000	
Coûts de fonctionnement d'une moto par mois	20 000	
Estimation de la charge de travail du personnel de WAGES		
Gestion des risques	Minutes	Périodicité
Vérification des factures émises par les prestataires	20	mois
Règlement des prestataires	10	mois
Suivi du droit aux prestations	60	mois
Liste des assurés suspendus	60	an
Communication de la liste aux prestataires	60	mois
Information des intéressées	10	an
Suivi du risque		
Enregistrement des prestations	10	
Tirage des tableaux de bord et exploitation	120	
Négociation des contrats	120	
Relation continue avec les prestataires	10	
Visite pour règlement des litiges	120	
Audit médical	120	
Gestion des adhérents		
Saisie des adhérents et des bénéficiaires	15	
Confection des cartes	15	
Vérification et signature des cartes	5	
Tenue des fiches d'encaissement des cotisations	60	
Validation de la journée d'encaissement des cotisations	20	
Gestion comptable et financière	Minutes	Périodicité
Ordonnancement des dépenses	5	/adhérent
Règlement des dépenses	5	/adhérent
Budget prévisionnel	600	Semaine
Etats financiers	120	Semaine
Caissière	10	jour
Contrôle interne		
Contrôle interne des collecteurs	360	an
Temps de réalisation d'un audit médical	120	/prestataire
Nombre de prestataires conventionnées	10	
Nombre d'audits par prestataires	4	semestre

Annexe 6 : Guide pratique d'enquête des formations sanitaires

Nom de la formation sanitaire :

Localisation :

Cabinet médical Cabinet médical spécialisé Clinique Clinique de référence

Hôpital de référence/CHR Hôpital secondaire CHU

Conventionné :

Facteurs de qualité

1.1 Permanence des services : Service de garde avec médecin

1.2 Nombre de patients vus en ambulatoire par jour et par personnel consultant :

1.3 Durée moyenne d'une consultation :

1.4 Temps d'attente moyen :

1.5 Existence d'une pharmacie si oui, voire fiche pharmacie

1.6 Prescriptions externes : si oui : Fréquence pour 10 ordonnances :

1.7 Raisons : Ruptures de stock des médicaments autorisés Médicaments hors listes Spécialités

(A remplir en fin de visites)

Appréciation sur la qualité de l'accueil

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaire sur les pratiques parallèles

.....

.....

2. Activités

	2003.	Tarifs des actes Heures ouvrables	Urgence	Nb de lits d'hospitali sation
Activités curatives				
Consultations curatives (nouveaux cas) adultes				
Consultations curatives nouveaux cas enfants				
Total consult. curatives (nouveaux + anciens cas).				
Soins infirmiers				
Petite chirurgie				
Laboratoire				
Soins dentaires (extraction)				
Soins dentaires (plombage simple)				
Mise en observation (hospitalisation sans nuitée au centre de santé) *				
Hospitalisation		Tarif mini	Tarif maxi	
Hospitalisations médicales adultes				
Hospitalisations médicales enfants				
Hospitalisations médicales totales				
Accouchements simples				
Accouchements dystociques				
Césariennes				
Interventions chirurgicales				
Hernie étranglée				
Occlusions				
Appendicites				
GEU				
Traumatismes				
Interventions programmées				
Total chirurgie				
Echographie				
Radiologie				
Endoscopie				
Electrocardiogramme				
Activités de santé maternelle et infantile				
Consult. prénatale CPN 1 ("nouveaux cas")				
Toutes CPN (nouveaux + anciens cas)				
Consultations postnatales				
Consultations planning familial (nouv. + anc cas)				
Vaccinations				

* Si Le nombre de mise en observation n'est pas connu, demander une estimation du nombre par jour ou par semaine et le nombre de jours d'ouverture.

Spécialités	Permanent	Vacataire	Tarifs consultations
ORL			
Dermatologie			
Cardiologie			
Gastrologie			
Urologie			
Ophthalmologie			
Pneumologie			
Rhumatologie			
Psychiatrie			
Neurologie			
Diabète endocrinologie			
Chirurgiens			
Gynécologue			
Anesthésiste			
Total			

Calculer le nombre de spécialise et mettre les résultats dans le tableau 3.

3. Personnel

Service de santé de:	Période du: au :	
Catégorie de personnel	Temps plein	Vacataire
Médecins généralistes (7-8 ans d'études)		
Médecins spécialistes		
Chirurgiens		
Gynéco-obstétricien		
Assistant médical (5 ans d'études)		
Sage-femme (4 ans d'études)		
Infirmier diplômé (3-4 ans d'études)		
Autres diplômés (3 ans et +) préciser :		
Technicien de laboratoire		
Ingénieur de laboratoire		
<i>Sous-total personnel "qualifié"</i>		
Aide-soignant (jusqu'à 3 ans d'études)		
Aide-soignant (sans formation initiale)		
<i>Sous-total personnel "peu qualifié"</i>		
Pharmacien		
Comptable		
Autres		

4. Equipement

Liste des équipements	Manquant	Non fonctionnel
Détresse respiratoire		
Autre urgence médicale		
Urgence gynéco obstétricale		
Chirurgical		

Contenu de la visite N° 2

6. Vérifier les informations fournies par le prestataire.
7. Recueillir des informations sur les exclusions financières :
 - a Montant des impayés totaux à la date de la visite.
 - b Montant des impayés qui ne pourront pas être recouverts.
8. Lui demander si la facturation au forfait global est possible pour la mutuelle.
9. Lui demander si une négociation des forfaits qu'il a proposée est envisageable.
10. Lui demander s'il pourrait s'engager à avoir tous les médicaments disponibles en générique.
 - c Pour les hospitalisés assurés
 - d Pour les consultants en ambulatoire

Noter les commentaires du médecin :

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

Conclure la visite en indiquant au prestataire que sa proposition va être étudiée et comparée à d'autres. En fonction des résultats, on reprendra contact avec lui.

Annexe 7 : Déroulement d'une réunion de focus-groupe

Objectifs de la réunion :

Objectif 1 : Que les participants comprennent le fonctionnement de l'assurance maladie.

Objectif 2 : Collecter des informations pertinentes pour apprécier les intentions de cotisations.

Objectif 3 : Réunir des avis sur les prestations prioritaires et les prestataires.

Pédagogie : Réaliser une simulation : Le groupement est un groupe mutualiste qui doit décider comment il veut s'organiser.

Préparation de la réunion :

L'animateur de la réunion doit disposer de la fiche donnée par WAGES où figure les informations de base sur le groupe à rencontrer :

Groupe solide, pas solide

Catégorie	Nombre de membres	Nombre de participants	Montant Total épargné	Nombre d'épargnants	Nombre d'emprunteurs	En cours moyen de crédit

Séquence 1 : Présentation de l'objectif de la réunion

Introduire la réunion : (5mn)

- WAGES veut améliorer le bien-être des femmes.
- Ce que WAGES propose aujourd'hui, l'épargne la tontine et le crédit améliore déjà la situation des femmes. WAGES veut voir avec les participantes comment aider le ménage à se faire soigner en cas de maladie sérieuse.
- L'objectif de la réunion est de voir ce que WAGES peut faire de plus pour aider les membres à mieux se soigner en cas de maladie.

Rappeler aux participants les difficultés qu'ils rencontrent dans le paiement des frais de santé en cas de maladie. Si quelqu'un tombait gravement malade, auraient-ils les moyens suffisants pour le faire soigner correctement ?

Présenter l'assurance maladie comme un moyen de réduire ces difficultés financières en cas de maladie.

Séquence 2 : Le fonctionnement de l'assurance maladie (15 mn)

Les participants qui le désirent cotisent régulièrement un montant dans une caisse.

Les membres décident à quoi va servir l'argent en cas de maladie.

Quand un membre qui cotise régulièrement est malade, c'est la caisse qui contribue à payer les soins.

La caisse peut décider de n'aider que les membres qui cotisent. Mais elle peut aussi prendre les charges des membres du ménage que l'adhérent va inscrire sur sa carte.

Exemple : Une femme cotise à la caisse. Les membres de la caisse ont décidé qu'elle viendrait en aide aux femmes qui ont un problème sérieux au moment de l'accouchement.

Si une de vous a besoin qu'on ouvre le ventre pour faire sortir l'enfant, la caisse paiera directement la facture à l'hôpital.

Plus il y a d'argent dans la caisse, plus la caisse peut aider les membres.

Exemple : Si chacun d'entre vous décide de payer par exemple et c'est un exemple, disons 1 500 FCFA par mois, ça fera 18 000 FCFA par femme et par an. Vous êtes « 10 », votre caisse aura 60 000 FCFA pour aider celles qui tomberont malades.

On voit bien dans cet exemple qu'avec 180 000 FCFA la caisse ne pourra pas payer toutes les dépenses de soins de tous les membres.

Il faudra que les membres de la caisse choisissent les cas de maladie dont elle peut supporter les dépenses.

Parmi tous les lieux où on peut se faire soigner, il faudra en choisir quelques-uns.

Questions possibles :

Qui va gérer l'argent ? C'est WAGES.

Que se passe-t-il si quelqu'un qui a cotisé ne tombe pas malade ? Son argent sert à supporter la maladie d'autres adhérents.

Est-ce que c'est de l'argent perdu ? C'est à vous de juger. Mais ceux qui ont adhéré seront plus en sécurité que les autres si un problème grave intervient.

Demander aux participants ce qu'ils font quand une maladie grave survient sans prévenir.

N'ont-ils pas peur que cela arrive ? Si oui, le fait de cotiser même si on ne tombe pas malade n'est-il pas déjà une aide ?

Comment le prestataire saura-t-il que l'on est assuré ? Il y aura des cartes de membres avec des photos. Un contrat sera passé avec les prestataires

Est-ce qu'on pourra aller se faire soigner où on veut ? Non, l'assurance devra choisir des bons services de santé qui soignent bien et pas trop chers.

Le prestataire doit aussi faire des factures correctes pour l'assurance. Le choix des prestataires sera fait avec vous.

Conclusion : (5 mn)

Est-ce que vous avez bien compris ?

Qui parmi vous n'est pas intéressée ? Nombre :

Séquence 3 : Collecte d'informations (10 mn)

Avec celles qui sont intéressées nous voudrions savoir ce qu'il est possible de faire avec la caisse.

Pour cela on a besoin que chacune d'entre-vous réponde à quelques questions :

Méthode : Distribuer un numéro par ordre de passage des enquêtés.

Remplir le tableau 1 et tableau 2 :

Séquence 3 bis : Discussion avec les femmes pendant les enquêtes

Attention ! : Cette séquence est à réaliser par le Pr. Gbémou. Elle n'est pas systématique. Le temps de discussion doit correspondre à celui des enquêtes soit de 20 à 30 mn selon le nombre d'enquêtes individuelles.

Le nombre de séquences 3 bis à réaliser est de 12 sur les 50 groupes.

Voir contenu et déroulement en Annexe.

Séquence 4 : Présentation des résultats (5 mn)

Les femmes ont déclaré pouvoir mettre dans la caisse FCFA par an. Le montant minimum est de FCFA par mois et le montant maximum de FCFA

Elles souhaitent inscrire personnes.

Avec et argent il ne sera pas possible de tout supporter.

A partir du nombre de maladies recensées on peut prendre des exemples de ce que la caisse aurait pu faire si les femmes avaient décidé de la prendre en charge seule.

Séquence 5 : Choix des prestations (15 mn)

On va voir maintenant ce que les femmes intéressées voudraient que la caisse supporte.

Présenter chaque prestation en disant que l'assurance peut prendre en charge l'une ou plusieurs des prestations proposées.

A la fin de la première présentation, on avertit les participants qu'ils auront à choisir parmi les six celles qui sont pour elles les plus importantes.

On répète une deuxième fois les prestations à choisir.

On demande à chaque femme le choix le plus important on inscrit 3, le second choisi, on inscrit 2 et le troisième on inscrit 1. Une femme peut choisir un, deux ou trois choix. Elle n'est pas obligée d'en choisir trois si seulement un ou deux lui pose problème.

1. Les accouchements simples : La femme accouche et repart le lendemain.
2. Accouchements compliqués : L'enfant ne veut pas sortir ou il y a du sang ou une infection. La femme doit aller à l'Hôpital de Bé ou au CHU de Tokoin.
3. Les urgences hospitalisations médicalisées : L'enfant qui vomit et se déshydrate, un cas de paludisme avec un coma, une détresse respiratoire, la fièvre typhoïde, la femme enceinte qui a de la tension, un paludisme.
4. Les urgences chirurgicales : L'appendicite, les accidents de la route, les hernies étranglées, les grossesses extra utérine et les avortements.
5. Les consultations ambulatoires : Le malade consulte et repart chez lui sans être mis dans un lit.
6. La mise en observation : La pose d'une perfusion pendant 2 ou 3 heures et le malade rentre chez lui. Il ne passe pas la nuit à la clinique ou à l'hôpital.

Mode de remplissage du tableau :

1. On présente en détail la première proposition : Accouchement simple.

2. On demande aux femmes si parmi les personnes à charge qu'elles ont indiquées lors de l'entretien, il y a eu des accouchements simples depuis le premier janvier.
3. On note les résultats dans la première colonne du tableau.
4. On passe à la deuxième prestation et on fait de même.
5. On demande ensuite à chaque femme de dire parmi les 6 propositions laquelle ou lesquelles sont les plus importantes à couvrir. Une femme peut choisir aucune proposition si elle ne lui conviennent pas, en choisir une, deux ou trois. Pour la première proposition choisie, on inscrit 3, la suivante on inscrit 2, la troisième on inscrit 1. Si la femme n'en choisit aucune on marque 0 dans toutes les cases.
6. On fait le total de chaque ligne : Le service qui obtient le score le plus élevé est celui qui vient en première position.
7. On conclue en demandant aux participants s'ils seraient intéressés par un produit correspondant aux trois premiers services.
8. On demande aux participants s'ils seraient intéressés par le choix entre différents produits.

Conclusion de la réunion (5 mn)

Avec les informations que vous nous avez données nous allons voir ce qu'il est possible de vous proposer. Nous allons aller discuter avec les services de santé pour savoir s'ils seraient d'accord de travailler avec l'assurance maladie et à quel prix.

Nous serions en mesure de vous dire le montant de la cotisation correspondant aux services couverts par l'assurance.

Synthèse de la visite

Nombre Femmes participantes	Nombre membres à charge	Envie cotiser	Nombre de membres à inscrire

Séquence 3 bis

Objectif de la discussion :

Réunir des informations qualitatives sur :

1. Les comportements en cas de maladie.
2. Les stratégies de financement des dépenses.
3. Les comportements de prévoyance.

Méthodologie : Réflexion sur une mise en situation

On vous a expliqué comment fonctionne l'assurance maladie. Nous aimerions savoir ce que vous faites aujourd'hui quand un membre de votre ménage tombe sérieusement malade. Vous avez sûrement trouvé des solutions.

Pouvez-vous nous en parler ?

On va prendre un exemple :

C'est la nuit et vous avez un enfant qui a de la fièvre, se plaint et est très fatigué. Il vomit abondamment et ne garde pas les médicaments ou l'eau que vous voulez lui donner. Vous lui apportez des soins et le lendemain vous décidez de consulter.

Où allez-vous aller consulter ?

Irez-vous toujours au même endroit ou le lieu que vous choisirez dépend-il des moyens dont vous disposez ?

.....

.....

.....

.....

Vous êtes allés consulter et le médecin vous dit que l'enfant est trop fatigué pour rentrer à la maison et doit être hospitalisé pendant 2 ou 3 jours. Il vous prescrit des soins et fait une ordonnance mais vous n'avez pas les moyens de payer tous les soins.

Que faites-vous dans ce cas ?

N° du groupe : Date de la visite

Stratégie possible	Commentaires des femmes
Je vais demander de l'aide à mon mari	
J'utilise mon crédit	
Je vais emprunter de l'argent chez un usurier	
Je repars avec mon enfant et le soigne à la maison	

Cela vous est-il déjà arrivé d'avoir un membre de votre ménage sérieusement malade et de ne pas avoir les moyens de le faire soigner ?

Indiquer le nombre de participants déclarant avoir été dans cette situation :

Nombre de femmes déclarant avoir été dans cette situation :

Nombre de femmes ayant répondu à la question :

Si oui, avez vous recherché des solutions avant que la maladie ne survienne pour ne pas vous trouvez dans cette situation ?

.....

.....

.....

Connaissez-vous des groupes qui apporte une aide en cas de maladie ?

Si oui, pouvez vous nous dire ce qu'ils font ?

.....

.....