

Université Assane Seck de Ziguinchor



UFR : Sciences Économiques et Sociales
Département de Sociologie

Mémoire de Master

Intitulé du Master : Politiques Publiques, Cultures et Développement

Spécialité: Migration, Santé et Développement (MISDEV)

ANALYSE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR. CAS DE LA MUTUELLE DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR.

Présenté par **M. Michel DIATTA**

Sous la direction du **Dr. Fatoumata HANE**

Composition du jury

Pr. Ndiouma NDOUR, Maître de conférences agrégé en gestion, Président de jury (UASZ)

Dr. Fatoumata HANE, Maître de conférences, Directrice du mémoire, (UASZ)

Dr. Mamadou Aguibou DIALLO, Maître de conférences assimilé, examinateur (UASZ)

Dr. Jean Pierre DIALLO, Adjoint au médecin-chef de la région médicale, examinateur (RMZ)

Année universitaire : 2015-2016

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de ce mémoire. Notre reconnaissance va particulièrement envers :

Dr. Fatoumata HANE (Socio-anthropologue, Enseignante Chercheure à l'Université Assane Seck de Ziguinchor (UASZ) et Coordinatrice de l'Institut Supérieur d'Enseignement Professionnel (ISEP) de Bignona) qui a bien voulu accepté d'être la directrice de ce mémoire, de nous avoir guidé et donner des pistes tout au long de notre travail de recherche malgré ses charges administratives notamment lorsqu'elle était chef de département. Nous l'a remercions sincèrement d'avoir eu confiance en notre capacité de produire un travail scientifique.

Dr. Ibrahima DIONE du département de sociologie de l'UASZ d'avoir accepté de lire notre travail de recherche tout en nous donnant de pertinentes remarques d'ordre méthodologique et théorique, et de nous avoir encouragé à persévérer dans cette quête scientifique et cette « merveilleuse aventure intellectuelle » pour reprendre une de ses expressions. Nous lui sommes éminemment reconnaissants pour sa disponibilité sans faille, sa rapidité dans la réaction et sa grande vigilance.

Tous les Enseignants Chercheurs du Département de Sociologie de l'UASZ notamment Dr. Paul DIÉDHIOU (Coordonnateur du Laboratoire de Recherche en Sciences Sociales (LARSESS)) et Dr. Doudou GUEYE (Directeur de l'insertion et des stages) de nous avoir initié à la recherche tout au long de notre cursus universitaire et de nous avoir insufflé le désir d'aller de l'avant.

M. Bénédicte KASSOKA (Président de l'Union Régionale des Mutuelles de Santé) et M. Abdoulaye CAMARA (Secrétaire Générale de l'Union Régionale des Mutuelles de Santé) pour leur disponibilité malgré nos rendez-vous répétitifs et de nous avoir fourni d'amples informations sans quoi notre travail de recherche manquerait de précision.

Tous les administrateurs de la Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor dont Mme Rama DIÉDHIOU (Présidente du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé), M. Gorgui CAMARA (Vice-Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé et Président de l'Union Départementale des Mutuelles de Santé de la Commune de Ziguinchor), M. Sékou TOURÉ (Secrétaire Général du Conseil d'Administration de la Mutuelle de Santé) et M. Amadou Moustapha Seck DIÉDHIOU (membre du Comité de Contrôle de la Mutuelle de Santé) pour leur étroite collaboration.

Tous les partenaires de la Mutuelle de Santé de la Commune de Ziguinchor : M. Matabara DIOP (Sociologue, Conseiller Assurance Maladie au Programme : *Développement du leadership des femmes en Casamance* de l'Union Régionale SANTA YALLA de Ziguinchor lors de notre entretien, actuellement Chef du Service Régional de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle de Fatick) pour sa disponibilité au cours de la collecte des données, M. Charles WADE (Conseiller en Financement Social au Bureau de Coordination du Programme USAID-santé de Kolda), M. Moussa SOW et M. Maodo Malick BÂ tous deux Animateurs Sociaux à l'ONG PACTE de Ziguinchor, ainsi que Alain Sinaï DIATTA (Superviseur du programme « Service des Citoyens Internationaux » commandité par le gouvernement anglais en collaboration avec YMCA Sénégal (Bureau de Ziguinchor)).

Tous les acteurs sanitaires de la région de Ziguinchor pour le dévouement dont ils font preuve dans l'exercice de leur fonction quand bien même les conditions optimales de l'exercice de leur tâche immense et délicate posent des fois problème : Dr. Maodo Malick DIOP (Médecin-chef de la Région Médicale), Dr. Jean Pierre DIALLO (Médecin-chef Adjoint de la Région Médicale de Ziguinchor), Dr. Jean Jacques MALOMAR (Médecin-chef du District Sanitaire de Ziguinchor), ses adjoints à savoir Dr. Ousmane CISSÉ (qui est aussi Coordonnateur de l'Unité de Traitement Ambulatoire du Centre de Santé de Ziguinchor) et Dr. Céline DIENG, Mme Ndiaga DIALLO (point focal CMU au niveau de la région médicale), ainsi que M. BERTE (Chef du Bureau des Entrées et Mouvement des Malades de l'Hôpital Régional de Ziguinchor). Ma profonde gratitude à tout le personnel des différents Services du District Sanitaire de Ziguinchor dont je suis navré de n'avoir pas pu citer nommément.

M. Amadou Moustapha SOW (Sociologue-Communiquant, Coordinateur Régionale de la Délégation Générale de la Protection et de la Solidarité Nationale de Ziguinchor), M. Maguette NDIAYE (Responsable du Service Régional de l'Action Sociale de Ziguinchor), Mme MBODJ (Chef du Service Départemental de l'Action Sociale) et M. Mamadou DIALLO (Président du Comité Communal des Organisations des Personnes Handicapées (OPH) de la commune de Ziguinchor et Secrétaire chargé de la communication et de l'information au niveau de l'union régionale des OPH de la région de Ziguinchor) de nous avoir éclairci sur la question relative à la bourse de sécurité familiale et son implication avec la mutualité.

M. Mohamadou Keita (Responsable unité assurance maladie) et M. El Hadj Mama MBAYE (Responsable du partenariat) au niveau de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle de nous avoir bien reçu dans leurs bureaux respectifs lors de notre travail exploratoire et de notre recherche documentaire, sans oublier Mme Marie Thérèse SECK (Chef de division de la

mutualisation sociale et des évacuations sanitaires au niveau de la Direction Générale de l'Action Sociale lors de notre entretien, actuellement Chef de division de la prise en charge des Indigents et des Groupes Vulnérables à la Direction de l'Assurance Maladie de l'Agence nationale de la CMU). Les entretiens (à l'improviste) que nous avons eus avec eux ont été fructueux et nous ont permis d'avoir d'autres pistes de recherche.

Tout le personnel du Ministère de la santé et de l'action sociale en particulier M. Doulo DER (Chef du bureau de la recherche à la direction de la recherche, de la planification et des statistiques) de nous avoir guidé et fourni des contacts lors de notre phase exploratoire et recherche documentaire à Dakar.

Tout le personnel : du CODESRIA, celui de l'Enda-Tiers Monde (particulièrement M. MONTEIRO documentaliste à Enda), du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), de la bibliothèque de l'UCAD et celle de l'UGB de St-Louis pour le bon accueil qu'ils nous ont témoigné et de nous avoir permis de consulter leur documentation.

Toutes les personnes interviewées lors de l'administration de nos guides d'entretien dont les bénéficiaires et non bénéficiaires de la mutuelle de santé.

Tous les membres de notre famille : notre père Nicolas DIATTA de n'avoir pas ménagé ses efforts pour nous mettre dans de bonnes conditions d'étude, ainsi que du soutien et des encouragements de notre mère Claire BIAGUI, mes frères et sœurs à savoir Fidel (sa femme Françoise et leur fils Alvares), Armel, Bruno, Marie, Audrey et Ivette.

Notre tante Laure BIAGUI, son mari Jérôme Coly ainsi que leurs enfants Adélaïde et Jean de nous avoir hébergé chez eux au cours de notre séjour à Dakar durant la phase exploratoire et recherche documentaire.

M. Jacques Tendeng (doctorant) qui n'a pas ménagé sa bienveillance en nous attribuant une chambre où loger aisément pendant notre séjour à l'université.

Mon ami et frère Samuel BENGA qui m'a aidé dans la traduction de certaines notions wolof en français et vice versa.

M. Thérance DIATTA (Professeur d'anglais au CEM Kandé Alassane) pour la reformulation du résumé en anglais.

M. Justin BASSÉNE (Professeur de français au Lycée des Parcelles Assainies de Dakar unité 13) pour la correction du mémoire notamment de certaines expressions dans leur formulation.

Mes amitiés sincères envers tous mes proches et amis : Giscard KAMBANK (son épouse Augustine ainsi que les membres de leur famille Esther, Givince, Samira et Caleb) de s'être intéressé sur le déroulement de la rédaction de ce mémoire, ainsi qu'à Victor BADIANE.

À tous mes camarades de promotion de l'université avec qui j'ai partagé des expériences inouïes dans le cadre de nos travaux en particulier Fina DIÉDHIOU (mon compagnon de travail qui a su nous insufflé le désir de fréquenter la bibliothèque universitaire).

« L'amélioration de la santé est essentielle au bien-être humain et au développement économique et social durable. Accéder au « niveau de santé le plus élevé possible », comme énoncé dans la Constitution de l'OMS, nécessite un élan nouveau ou soutenu vers une couverture universelle dans de nombreux pays, ainsi que des actions puissantes visant à protéger les avantages obtenus dans les autres » (ETIENNE, ASAMOA-BAAH (dir.) 2010 : 2).

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES.....	P. i
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	P. v
RÉSUMÉ (en français).....	P. vi
RÉSUMÉ (en anglais).....	P. vii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	P. 1
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LE SYSTÈME DE MUTUALITÉ ET DE PROTECTION SOCIALE DES POPULATIONS PARTICULIÈREMENT AU SÉNÉGAL : VERS UNE MEILLEURE APPROCHE DE NOTRE OBJET D'ÉTUDE (CADRE THÉORIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES).....	P. 7
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	P. 8
I. Position du problème.....	P. 9
II. Revue de littérature.....	P. 15
III. Justification du sujet.....	P. 33
IV. Objectifs de l'étude.....	P. 33
V. Hypothèses de la recherche.....	P. 34
VI. Conceptualisation.....	P. 35
VII. Modèle théorique.....	P. 43
CHAPITRE 2 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	P. 47
I. Travail exploratoire.....	P. 47
1. Recherche documentaire.....	P. 47
2. Entretiens exploratoires.....	P. 48
II. Cadre d'étude.....	P. 49
III. Approche qualitative.....	P. 52
1. Recueil et analyse des données secondaires et documentaires.....	P. 52
2. Enquête par entretiens.....	P. 53
3. Observation directe.....	P. 55
4. Traitement des données recueillies.....	P. 57
IV. Population d'étude.....	P. 57

V. Enquête sur le terrain.....	P. 59
1. Phase test.....	P. 59
2. Administration des instruments de collecte de données et déroulement de l'enquête.....	P. 60
VI. Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	P. 62
1. Difficultés rencontrées	P. 62
2. Limites de l'étude.....	P. 65
DEUXIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE LA MUTUALITÉ DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR SOUS L'ANCRAGE DE LA CMU.....	P. 67
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR ET PRESTATIONS DE SERVICES OFFERTS À SES BÉNÉFICIAIRES.....	P. 68
I. Processus de la mise en place de la MS.....	P. 69
II. Raisons adhésion et non-adhésion à la MS.....	P. 75
1. Raisons de l'adhésion à la MS invoquées par les bénéficiaires de la MS.....	P. 76
2. Raisons de la non-adhésion à la MS invoquées par les non bénéficiaires de la MS.....	P. 77
III. Prise en charge des bénéficiaires de la MS.....	P. 81
1. Paquet de prestations de services de santé offert.....	P. 82
2. Initiatives d'enrôlement dans la MS : le cas des bénéficiaires de la BSF.....	P. 85
IV. Partenaires de la MS.....	P. 91
V. Leviers de la MS.....	P. 94
1. Levier financier.....	P. 94
2. Levier contractuel.....	P. 95
3. Levier de contrepouvoir vis-à-vis des prestataires de soins.....	P. 96
4. Levier de porte-parole compétent des usagers dans les débats et enjeux de politique de santé.....	P. 99
VI. Quelques incompréhensions relatives à la MS.....	P. 100
VII. Jeux de pouvoir.....	P. 102

CHAPITRE II : STRATEGIES, PERCEPTIONS ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE ARTICULÉES AUTOUR DE LA MUTUALITÉ.....	P. 105
I. Perceptions de certaines modalités de fonctionnement de la MS et de certaines prestations de services offerts.....	P. 105
1. Non prise en charge des médicaments des maladies chroniques.....	P. 105
2. Période d’observation.....	P. 107
3. Bulletin de référence.....	P. 109
4. Bénévolat des membres d’organe de la MS.....	P. 111
II. Contexte socio-sanitaire dans la commune de Ziguinchor.....	P. 113
1. Motifs de consultations médicales avec une prépondérance des soins de santé curatifs.....	P. 113
2. Offre de services des structures sanitaires.....	P. 118
3. Contraintes des populations dans l’accès aux soins de santé de qualité et contribution de la MS.....	P. 121
a. Accès aux soins de santé.....	P. 122
b. Contribution de la MS dans l’accès aux soins de santé supposés être de qualité.....	P. 123
III. Perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie.....	P. 126
1. Santé et maladie : deux réalités opposables.....	P. 126
2. Recours aux soins de santé et ancrage socio-culturel.....	P. 130
3. Pratiques socio-culturelles.....	P. 140
4. La santé et la MS, une priorité pour les populations par rapport aux besoins sociaux ?.....	P. 143
IV. La MS : « Est-ce que ça va continuer ? ».....	P. 148
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	P. 151
BIBLIOGRAPHIE.....	P. 157
ANNEXES	P. I
Guides d’entretien	P. II
Tableaux	P. IX

SIGLES ET ACRONYMES

- AG : Assemblée Générale
- AGC : Assemblée Générale Constitutive
- AGE : Assemblée Générale Extraordinaire
- AGO : Assemblée Générale Ordinaire
- ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- APN : Agence des Pupilles de la Nation
- ASC : Agent de Santé Communautaire
- ALD : Affection de Longue Durée
- AVC : Accident Cardio-Vasculaire
- BE : Bureau Exécutif
- BIT : Bureau International du Travail
- BM : Banque Mondiale
- BSF : Bourse de Sécurité Familiale
- CA : Conseil d'Administration
- CAMICS : Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, IPM et Comité de Santé
- CAPSU : Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
- CC : Comité de Contrôle
- CCF : Christian Children's Fund
- CDD : Comité Départemental de Développement
- CDS : Comité Départemental de Suivi
- CEC : Carte d'Egalité de Chance
- CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
- CFA : Communauté Financière d'Afrique
- CH : Certificat de Handicap
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CI : Certificat d'Invalidité
- CIM : Comité d'Initiative Mutualiste
- CL : Collectivité Locale
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CODESRIA : Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique
- CQ : Conseiller de Quartier

- CRD : Comité Régional de Développement
- CS : Centre de Santé
- CSS : Caisse de Sécurité Sociale
- CSU : Couverture Santé Universelle
- DECAM : Décentralisation de la Couverture Assurance Maladie
- DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
- DNAS : Direction Nationale de l'Action Sociale
- DQ : Délégué de Quartier
- DSRP : Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté
- EPS : Établissement Public de Santé
- FDK : Fédération Dimbaya Kagnalen
- FISE : Fonds International de Secours à l'Enfance
- FMI : Fonds Monétaire International
- GAF : Gestion Financière et Administrative
- GIE : Groupement d'Intérêt Economique
- HTA : Hypertension Artérielle
- IB : Initiative de Bamako
- IPM : Institution de Prévoyance Maladie
- IPRES : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
- IRA : Infection Respiratoire Aiguë
- LOS : Loi d'Orientation Sociale
- MCD : Médecin-chef du District
- MCR : Médecin-chef de la Région
- MS : Mutuelle de Santé
- MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- MUSAPEC : Mutuelle de Santé des Enseignants du Privé Catholique
- MUTEC : Mutuelle des personnels de l'éducation et de la culture
- NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- OPH : Organisation des Personnes Handicapées
- PACTE : Prospective et Action Concertée pour le Territoire Emergent

- PAS : Programmes d'Ajustement Structurel
- PCA : Président du Conseil d'Administration
- PCMS : Plan Comptable des Mutuelles de Santé
- PEC : Prise En Charge
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PNBSF : Programme National de Bourse de Sécurité Sociale
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- PPS : Point de Prestation de Soins
- PS : Poste de Santé
- PSE : Plan Sénégal Emergent
- PT : Plateau Technique
- PTA : Pavillon de Traitement Ambulatoire
- PTF : Partenaire Technique et Financier
- PVVIH : Personne Vivante avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- RGPHAE : Rapport Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
- RM : Région Médicale
- SDQ : Sous-délégué de Quartier
- SNDES : Stratégie Nationale de Développement Économique et Social
- SOCOCIM : Société Commerciale du Ciment
- SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- SRSD : Service Régional de la Statistique et de la Démographie
- SSP : Soins de Santé Primaires
- STEP : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
- UASZ : Université Assane Seck de Ziguinchor
- UCAD : Université Cheik Anta Diop de Dakar
- UDMS : Union Départementale des Mutuelles de Santé
- UE : Union Européenne
- UEMOA : Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine
- UGB : Université Gaston Berger
- UNAMUSC : Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaire
- UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (en français, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

- URMS : Union Régionale des Mutuelles de Santé
- USAID : United States Agency for International Development
- VIH/sida : Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquis
- YMCA : Young Men Christian Association

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Situation du nombre d'adhérents et de bénéficiaires de la MS de la commune de Ziguinchor P. 73

Tableau 2 : Paquet de base offert au niveau des Postes et Centres de Santé P. 82

Tableau 3 : Paquet complémentaire offert au niveau des hôpitaux P. 83

Tableau 4 : Prestations non couvertes par la Mutuelle de Santé P. 85

Tableau 5 : Les besoins sociaux perçus comme étant une priorité pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la Mutuelle de Santé P. 144

Tableau 1 : Principes directeurs de l'initiative de Bamako (en Annexes) P. IX

Tableau 2 : Résultats de l'initiative de Bamako (points essentiels d'une synthèse d'articles publiés de 1995 à 2004 et portant sur l'analyse des résultats de l'initiative de Bamako dans 17 pays africains) (en Annexes) P. X

FIGURES

Figure 1 : Pyramide de l'offre de soins dans la région de Ziguinchor P. 50

Figure 2 : Organigramme de la Mutuelle de santé P. 72

RÉSUMÉ

Mots clés : *Mutuelle de santé, santé, accessibilité aux soins de santé, stratégie, représentation sociale et perception.*

La prise en charge de l'état de santé des populations a pendant longtemps été un défi à relever pour certains pays à faibles revenus comme le Sénégal. En effet, la pauvreté y est interprétée comme un puissant révélateur des inégalités de santé. Dans cette logique, l'accès aux soins de santé de qualité pose problème notamment pour les populations du secteur rural et du monde informel qui ne bénéficient généralement d'aucune protection sociale si l'on prend en considération la seule couverture de santé sous l'angle du régime obligatoire. C'est dans cette perspective que des stratégies ont été entreprises pour un système de couverture volontaire revu, étendu à l'image de la Couverture Maladie Universelle. L'un des axes de cette politique de l'État sénégalais est celui de la couverture du risque maladie via le volet mutuel de santé. Ainsi, notre étude, avec des méthodes sociologiques qui relèvent de l'approche qualitative a pour visée d'observer en quoi la mutualité constitue une opportunité dans la prise en charge de l'état de santé des populations. En outre, nous avons cherché à cerner les facteurs qui étayent la pratique de la mutualité dans la commune de Ziguinchor sous l'ancrage des dynamiques socio-culturelles et économiques. Quand bien même la mutuelle de santé soit perçue par les décideurs politiques et partenaires de la santé comme une belle initiative, voire une stratégie dans l'accès aux soins de santé, elle ne suscite pas toujours de l'intérêt de la part des personnes ciblées. Pour appréhender ce phénomène, nous sommes partis de l'analyse des perceptions vis-à-vis du système de mutualité ainsi que les effets que peuvent avoir les perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie sur le processus de la mutualité dans la mesure où ces perceptions et représentations sociales orientent l'acteur social dans le recours aux soins de santé. Les résultats de cette étude ont révélé que la mutuelle de santé ne suscite pas un intérêt majeur de la part des populations ciblées et que cette initiative ne constitue pas une priorité pour ces populations qui parviennent difficilement à satisfaire leurs besoins sociaux fondamentaux. La santé elle-même pour certains de nos interlocuteurs ne relève pas d'une priorité. Les facteurs de non-adhésion à la mutuelle de santé évoqués sont particulièrement les problèmes économiques (quoique cet aspect mérite d'être nuancé puisqu'il y a une différence entre capacité économique et volonté de cotiser), le déficit d'informations notamment par rapport à l'adhésion et aux prestations de service qu'elle offre, et le manque de volonté. Dans un contexte social où la qualité des soins de santé pose problème dans certains Points de Prestations de Soins, la mutuelle de santé grâce à certains leviers peut changer la donne.

Summary

Title in english : The contribution of the mutuality in the support of the populations' health in the commune of Ziguinchor under the impetus of the Universal Health Coverage (the case of the health mutual of the commune of Ziguinchor).

Key words: *Health mutual, health, accessibility to health care, strategy, social representation and perception.*

The support of the populations' health has long been a challenge for low-income countries such as Senegal. Indeed, poverty is interpreted there as a relevant indicator of health inequalities. Therefore, access to quality health care is a problem particularly for the populations from the informal and rural sector that do not generally benefit from any social protection if the only health insurance is considered in terms of the mandatory regime. That's why strategies have been undertaken for a reviewed and extended voluntary coverage system like the Universal Health Coverage. One of the lines of this senegalese state policy is that of the health risk cover through the health mutual section. Thus, our study, with sociological methods which come within the scope of the qualitative approach, aims at observing how the mutuality is an opportunity in the care of the populations' health. Besides, we have tried to identify and grasp the factors which support the practice of the mutuality in the commune of Ziguinchor under the anchor of economic, social and cultural impetus. Though the health mutual is viewed by policy-makers as an excellent initiative even a strategy to have access to health care, it doesn't always attract the interest of the targeted individuals. To understand this phenomenon, we have analysed it from the perceptions of people in relation to the mutuality system as well as the effects that the perceptions and social representations of health and sickness can have on the process of the mutuality insofar as these perceptions and social representations guide the social actor to get the health care. The results of this study has revealed that the health mutual doesn't spur interest from the targeted populations. In addition, it's not a priority for these populations who hardly manage to satisfy their basic needs. For some of our interlocutors, health itself is not their priority. Economics problems (although this aspect should be qualified since there is a difference between economic capacity and willingness to contribute), the lack of sufficient information in relation to the health mutual and unwillingness are the main factors stated for the lack of adherence to the health mutual. In a social context where the quality of health care is a problem in some places where people benefit from healthcare services, the health mutual can improve the situation thanks to some levers.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Sénégal est classé parmi les pays les plus pauvres du monde où huit personnes sur dix travaillent dans le secteur informel. Ce secteur a fini par devenir, compte tenu du nombre de personnes qui y œuvrent, selon Momar-Coumba DIOP (2001), « *le principal amortisseur de la crise* » face à la marginalisation des circuits économiques officiels. En effet, près de la moitié de la population sénégalaise vit sous le seuil de la pauvreté et le niveau d'indice de la pauvreté au Sénégal était de 46,7% en 2011, alors que la cible dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par rapport à l'élimination de l'extrême pauvreté et la faim (OMD1) était de 34%.

Pourtant, comme ses voisins (la Guinée, la Gambie et la Guinée Bissau), le Sénégal a ratifié des textes internationaux tels que la déclaration universelle des droits de l'homme (1948), la Charte de l'Union Africaine et la convention des droits et du bien-être de l'enfant (1988) où la bonne santé est envisagée comme un élément primordial contribuant au bien-être et à l'épanouissement de l'individu. En outre, pour tous ces quatre pays, le droit à la « santé pour tous » les citoyens est l'un des principes de leur politique sanitaire. Cette dernière pouvant d'ailleurs être « *conçue comme l'attitude exprimée par un gouvernement au sein de documents de planification visant une meilleure offre de soins élargie à l'ensemble des composantes territoriales. Son processus de formalisation nécessite de prime abord la formulation d'un ensemble de paramètres visant l'identification des besoins et des priorités d'action pour dégager des objectifs. Ensuite elle porte sur le choix des instruments et la mise en place d'une infrastructure institutionnelle accompagnée d'une allocation spécifique de fonds* » (DIONE 2013 : 69)¹. Cependant, depuis les PAS (Programmes d'Ajustement Structurel) initiés dans les années 1980 suite au déclin pétrolier et à la sécheresse, les pays pauvres endettés à l'instar du Sénégal comme d'autres pays d'Afrique de l'Ouest ont été contraints de réduire la masse salariale de la fonction publique, et le secteur hospitalier n'a pas été épargné. Cette initiative s'est répercutée sur la formation et le recrutement des professionnels de la santé, ce qui vient alourdir les missions du système de santé dans la desserte sanitaire. Les plus touchés par ces

¹ - Dans sa thèse, l'auteur étudie les dynamiques de recours aux soins qui s'articulent autour d'un espace (la Haute Casamance, c'est-à-dire l'actuel région de Kolda) qui polarise des populations de diverses origines notamment de la Gambie, de la Guinée Bissau et de la Guinée en raison de l'accessibilité physique, de la qualité des soins proposés en certains endroits et des activités économiques. Seulement, il n'existe pas une logique de continuité dans l'offre de soins de santé du fait de l'absence de connexion des systèmes de soins des différents pays.

dysfonctionnements sont les personnes les plus vulnérables notamment les femmes et les enfants dans un contexte de pauvreté. Cette vulnérabilité entraîne rien qu'en Afrique la mort de millions d'enfants de moins de cinq ans chaque année faute d'accès aux soins de santé adéquats et de revenus pour pourvoir à leurs besoins alimentaires (DIOP 2008). En ce qui concerne le Sénégal, la morbidité ainsi que la mortalité maternelle (qui s'élevait dans la période 2010-2011 à 392‰) et infanto-juvénile (qui était passée en 1997 de 139‰ à 72‰ en 2011) continuent de poser un problème selon le Plan Sénégal Émergent (PSE) de l'année 2014. Compte tenu des conséquences considérables de cette situation, la communauté Internationale dans l'élaboration des OMD a inscrit la lutte contre la mortalité infantile et maternelle dans ses plans d'action. Les problèmes conjoncturels se sont aussi traduits par une faiblesse des subventions allouées au secteur de la santé. En plus de cela, la dévaluation du franc Communauté Financière d'Afrique (CFA) en 1994 qui s'est traduite par la réduction du pouvoir d'achat des ménages vient accentuer la situation déjà critique de bon nombre de ces derniers. Et, quoique des efforts aient été consentis dans le sens de réduire ces effets néfastes voire de renverser la tendance, la situation persiste et même s'accroît pour certains au point qu'ils peinent à voir une issue.

En ce XXI^e siècle, la réduction des écarts de santé et le renforcement des systèmes de santé constituent l'un des objectifs majeurs de nombreux pays, ce qui relève d'un véritable défi pour beaucoup de pays du Sud qui souffrent de « marasme économique ». Pour combattre et éradiquer les problèmes relatifs à la santé dans le monde, des initiatives (telles que les Soins de Santé Primaires (SSP) et les OMD) ont été élaborées en accord avec les politiques de santé initiées par les organisations internationales œuvrant dans ce domaine comme le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Compte tenu des difficultés que rencontrent certaines populations (particulièrement celles laissées en rade par les systèmes de protection sociale institutionnalisés) dans l'accès aux soins de santé de qualité, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été promue afin de les aider dans la prise en charge de leur état de santé.

Au Sénégal, l'année 2013 fut marquée par la mise en œuvre de la politique de CMU pour permettre à la majorité des sénégalais exclus des systèmes de protection sociale institutionnalisés et confrontés à l'accès aux soins de santé de qualité d'accéder à un paquet minimum de soins à travers la mutualisation sur le plan sanitaire. Une telle initiative constitue une étape marquante sur le plan politique et socio-sanitaire du pays. La CMU a été officiellement lancée le 20 septembre 2013 à Dakar, présidée par le Président de la République

Macky Sall avec la participation de l’OMS. En cette circonstance, le Président de la République du Sénégal annonce la création de la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU), approvisionnée par entre autres la taxation de produits nuisibles pour la santé. Il faut toutefois rappeler que l’Organisation des Nations Unies (ONU) avait adopté en 2012, une résolution où chaque État membre de cette organisation devait réfléchir sur des mécanismes de financement du système de santé de manière plus équitable.

Soulignons que quelques années avant le lancement officiel de la CMU, le Sénégal avait adopté une loi sur la mutualité de santé. Il s’agit de la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux Mutuelles de Santé (MS). Ce décret donne aux MS un cadre juridique et législatif. Cette loi est complétée par le décret n° 2009-423 du 27 avril 2009 portant application de la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux MS. Ce décret d’application a pour but de ficeler les dispositions fondamentales qui gouverneront la vie juridique des MS, donne des indications précises sur les conditions de leur élaboration et sur les modalités de structuration et de fonctionnement de leurs organes que sont l’Assemblée générale (AG), le Conseil d’Administration (CA), le Bureau exécutif (BE), le Comité de Contrôle (CC) et toutes les instances qui seront créées si l’AG juge cela nécessaire. Ce décret régit aussi la constitution des unions et des fédérations d’unions des MS ainsi que les modalités de fusion, de dissolution et de liquidation de ces mutuelles (MSP 2009, MSHP 2003).

Au sein de l’Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), le règlement N° 07 – 2009 CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l’UEMOA est en adéquation avec le « mouvement international pour la promotion de la CMU dans les pays pauvres ». Pour une meilleure promotion des MS dans l’espace UEMOA grâce à une réglementation uniforme et efficace, le Conseil des Ministres de l’UEMOA a adopté depuis juin 2009 un règlement portant réglementation des mutuelles sociales au sein des États membres de cette union. Dans le cadre de cette réglementation au sein de l’UEMOA, il est prévu de mettre en place dans chaque État membre un dispositif ou un organe administratif qui doit faire le suivi des activités que déroulent les MS et promouvoir les intérêts des membres adhérents au cas où la MS connaîtrait des défaillances. Ce processus a également débouché sur la mise au point d’un Plan Comptable des MS (PCMS) pour servir de cadre dans la gestion des MS dans un souci de fiabilité, d’harmonisation de l’« information financière », de performance et de pérennisation des activités. Ces mesures adoptées par le Sénégal s’inscrivent dans le cadre du Plan stratégique de la CMU 2013-2017, dont l’objectif visé est d’atteindre la couverture maladie à 75% de la population en 2017 et s’articulent aussi avec le Plan National de Développement

Sanitaire (PNDS) 2009 – 2018 qui repose sur la vision d'un Sénégal où toutes les populations puissent bénéficier d'un accès universel aux services de santé de qualité sans être soumises à aucune forme d'exclusion. Une telle initiative réclame un coût. Il faut mettre les moyens nécessaires pour la réussite de la CMU. Quand bien même, au niveau régional, les chefs d'État africains, à Abuja, se sont engagés à atteindre pour l'année 2015 l'objectif de consacrer au moins 15% de leur budget national afin d'améliorer le secteur de la santé et cela depuis 2001 ; selon le Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP) de 2006, en 2009, la part du budget que l'État avait alloué à la santé s'élevait à 10% ce qui montre que des efforts sont à faire sous ce rapport.

La promotion de la Couverture Santé Universelle (CSU)² qui est une notion récente suscite une attention accrue sous l'initiative de l'OMS, de l'ONU et de la Banque Mondiale (BM). Sous cette impulsion, certains pays pauvres notamment d'Afrique ont mis en place des systèmes d'accès de gratuité aux soins pour une partie de la population. Dans le cadre de la CMU, l'État affirme son soutien aux différentes MS qui se trouvent sur son territoire national afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé notamment des couches sociales les plus démunies et les plus défavorisées de la société. Parallèlement aux fonds dotés au secteur de la santé (les fonds publics, les fonds privés et les fonds du reste du monde) pour consolider les dépenses de santé, l'État s'engage à prendre en charge la moitié des cotisations annuelles de chaque mutualiste, soit 3 500 francs CFA, et l'intégralité de la cotisation annuelle pour les

² - Il faut souligner qu'il y a une nuance entre la CSU (concept défini par l'OMS) et la CMU (promut au Sénégal) : « *La Couverture Sanitaire Universelle : un concept universel défini par l'OMS qui travaille à sa réalisation. La couverture sanitaire universelle consiste «à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers».*

La CSU est le corollaire de la définition globalisante que l'institution mondiale donne du terme «santé» défini comme un : «état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas uniquement en une absence de maladie».

La CSU impliquera de travailler aussi sur les déterminants de la santé comme l'environnement, les comportements, l'alimentation, etc... et est donc plus large et plus globalisante que la CMU.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) est une prestation sociale française permettant l'accès aux soins, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie » (CICODEV 2015 : 4).

personnes les plus pauvres définies nationalement. Le ministre de la santé et la cellule d'appui à la mise en œuvre de la CMU qui a été créée en 2012 spécialement pour suivre le programme sur le terrain, préconisent à toutes les MS d'étendre leur offre de soins du Poste de santé (PS) à l'hôpital national sur la base d'un taux de prise en charge de 80% du ticket de consultation à la charge de la MS et de 20% du ticket modérateur à la charge du mutualiste. Pour les médicaments IB, 80% sont à la charge de la MS et 20 % à la charge du mutualiste. Pour les médicaments de spécialités, 50% sont à la charge de la MS et 50% au mutualiste. Cependant, ce système décentralisé (qui repose sur la société civile, l'adhésion volontaire aux MS et le bénévolat) soulève des voies critiques par exemple à l'égard « des bénévoles qui n'ont souvent aucune formation préalable à la gestion ».

Il apparaît donc que la mutualité suscite beaucoup de questionnements qui méritent qu'on s'y penche pour mieux cerner la problématique de la prise en charge de l'état de santé des populations. Compte tenu des dysfonctionnements observables dans les structures sanitaires ainsi que le difficile accès de certaines populations aux soins de santé de qualité, la faible adhésion des populations de la région de Ziguinchor aux MS, et l'espoir que suscite la mutualité dans l'accès aux soins de la part des acteurs intervenants dans le secteur sanitaire, nous nous évertuerons à analyser dans cette étude : le rôle que joue la MS de la commune de Ziguinchor dans la prise en charge de l'état de santé des populations dans un contexte socio-économique et sanitaire qui limite l'épanouissement des populations dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Pour ce faire, nous nous sommes donnés comme objectif général de déterminer l'intérêt que suscite cette MS dans la prise en charge de l'état de santé des populations, et de voir si elle exprime les besoins idoines des populations locales. La question centrale de notre recherche est : *Les MS comme contribution dans l'amélioration de la prise en charge de l'état de santé des populations et comme appui au système de santé, sont-elles efficaces ?* À cette question, nous nous sommes posé des questions spécifiques que sont :

- ✓ *Quelles sont les stratégies qui s'articulent autour de la prise en charge de l'état de santé des populations, notamment celles ayant trait aux MS ?*
- ✓ *Quelles sont les perceptions et représentations sociales communautaires vis-à-vis des MS, et comment les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie orientent les populations dans la prise en charge de leurs besoins sanitaires ?*
- ✓ *Les MS suscitent-elles de l'engouement vis-à-vis des populations notamment ciblées ?*

Ainsi, l'armature de notre étude se présente comme suit :

- La première partie intitulée « *Cadre théorique et choix méthodologiques* » nous fait part des travaux ayant traité la question des systèmes de santé en Afrique de manière générale, et au Sénégal en particulier. Cela nous a permis d'élargir l'horizon dans la prise en charge de l'état de santé des populations. Des ouvrages ou articles traitants la question des MS ont aussi été mobilisés pour mieux cerner notre objet d'étude et nous ont permis aussi d'ajuster la problématique retenue dans cette étude au fur et à mesure de nos lectures. Tout ceci nous a permis également de clarifier davantage notre question centrale de la recherche, de préciser les objectifs ainsi que les hypothèses de notre étude. Dans cette partie, nous avons construit notre problématique (chapitre 1) autour de la contribution des MS dans la prise en charge de l'état de santé des populations et les limites auxquelles elles sont confrontées. La revue de littérature nous a permis de convoquer des auteurs ayant traité la question relative aux systèmes de protection sociale de manière générale, et en particulier des auteurs ayant traité la mutualité de santé. L'approche méthodologique (chapitre 2) a également été abordée dans cette partie. Il s'agit du cadre de l'étude, de la stratégie de la recherche, des difficultés rencontrées et des limites de l'étude.

- La deuxième partie intitulée « *La prise en charge de l'état de santé des populations dans le cadre du processus de la mutualité dans la commune de Ziguinchor sous l'ancrage de la CMU* » est consacrée à l'analyse et au traitement des données. Cette partie est composée de deux chapitres. Le premier (Chapitre 1) évoque le processus de la mise en place de la MS de la commune de Ziguinchor sous l'implication de différents acteurs. Il évoque aussi le paquet de prestations de services offerts par la MS ainsi que ses leviers, les contraintes relatives au système de la mutualité et les facteurs d'adhésion ou de non-adhésion à la MS. Le second (Chapitre 2) aborde les perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie ainsi que les stratégies élaborées dans le cadre de la mutualité et le contexte socio-sanitaire dans la commune de Ziguinchor.

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LE SYSTÈME DE MUTUALITÉ ET DE PROTECTION SOCIALE DES POPULATIONS PARTICULIÈREMENT AU SÉNÉGAL : VERS UNE MEILLEURE APPROCHE DE NOTRE OBJET D'ÉTUDE (CADRE THÉORIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES)

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Les pays d'Afrique en général et ceux de l'Afrique de l'Ouest en particulier sont victimes de plusieurs aléas qui mettent en péril la vie d'innombrables citoyens dans un contexte des plus incertains. En effet, l'Afrique est taxée par certains auteurs à l'instar de Yannick JAFFRÉ (2006) comme un continent où sévissent des « *maladies de la pauvreté* ». À cette pauvreté combinée à la faiblesse des systèmes de santé, la santé de certaines populations reste loin d'être appréciable par rapport à celle des pays dits développés. D'ailleurs, au Sénégal, compte tenu des coûts liés à la santé que ne peuvent pas supporter toutes les populations, l'inégalité dans l'accès aux soins de santé constitue l'une des limites du système de santé de ce pays. Pour Tessa Tan-Torres EDEJER (2001 : 33 - 34) : « *Dans son acceptation la plus étroite, l'égalité signifie l'accès égal aux soins ou l'utilisation égale des services de santé. Si on prend le terme dans un sens plus large, cependant il faut prendre en compte des facteurs d'équité horizontale, en vertu desquels des personnes ayant des besoins semblables bénéficient de services semblables, et d'équité verticale, en vertu desquels les personnes qui ont plus de besoin reçoivent plus de services. Amartya Sen (1992) défend la notion d'égalité des capacités, selon laquelle la société s'assure que chaque personne a la capacité de convertir une possibilité en avantage concret* ». Cette égalité dans l'accès aux soins, voire l'utilisation des services de santé est certes souhaitable, toutefois, la traduction des possibilités en avantage concret reste un désir inopérant pour d'innombrables personnes compte tenu de leur capacité limitée en termes économiques et socio-relationnels.

Quand bien même la sécurité sociale constitue un droit, la réalité est tout autre dans la mesure où la grande majorité, c'est-à-dire, plus de 90% de la population des pays à faible revenus et à revenus intermédiaires ne dispose d'aucun type de sécurité sociale ((HUBERT, HOHMANN, REINHARD 2003). S'agissant du Sénégal, les catégories de la population qui sont couvertes par les systèmes obligatoires représentent moins de 20% de la population du pays (MSAS 2013). Parler donc de CMU reste un véritable défi à relever surtout dans un contexte marqué par une pauvreté socio-économique et par des dysfonctionnements que rencontre le système sanitaire. Ainsi donc, face aux limites de certaines structures sanitaires, les MS peuvent, en mettant en valeur certains leviers, contribuer dans l'accès aux soins de santé. D'ailleurs, comme évoqué par Bruno BOIDIN (2012), au Sénégal, les MS constituent le point focal dans l'extension de l'assurance maladie, les mutuelles d'épargne et de crédit sont quant à elles, considérées comme une alliée clef de ces dernières. Par ailleurs, insatisfait du rythme d'évolution des MS, les partenaires de la politique mutualiste adoptent en 2010 lors de la tenue

de l'atelier de concertation « un plan d'accélération » de la stratégie élaborée. Dans ce chapitre, nous verrons les différentes positions des auteurs vis-à-vis des MS, ainsi que le modèle d'analyse et théorique retenus pour cette étude.

I. Position du problème

La santé est considérée comme un « bien public mondial » à tel enseigne que la question de l'inquiétude de l'état de santé des personnes les plus démunies constitue une problématique majeure au développement économique. Faire de la santé un objectif prioritaire dépasse la seule question des responsabilités pour s'inscrire comme un moyen efficace pour propulser le développement socio-économique. À en croire Jeanne-Marie AMAT-ROZE (2000 : 33)³ : « *Il ne peut pas y avoir une politique de santé publique sans paix* ». Si la paix favorise, selon AMAT-ROZE, la mise en place d'une bonne politique sanitaire publique ainsi que son application sur le terrain (ce qui va favoriser une meilleure prise en charge de l'état de santé des populations), cela constitue un défi dans le sud du Sénégal meurtri par le conflit casamançais depuis plus de 30 ans. Une telle situation politique instable accentue la pauvreté chez certaines populations surtout rurales puisqu'elle les empêche de bien exercer leurs activités génératrices de revenus notamment dans les campagnes et limite leurs ressources financières indispensables à l'accès aux soins de santé. Quoique l'on puisse dire, réfléchir sur l'état de santé des populations demeure donc une étape préliminaire permettant aux pays dits sous-développés ou pays moins avancés d'opérer une rupture et de « lâcher prise » avec la pauvreté.

Un état de santé déficient réduit le capital humain des populations et constitue un frein au processus de développement puisqu'il impacte négativement sur la productivité de la main-d'œuvre. Par contre, un bon état de santé favorise l'« accumulation du capital humain » et sa diffusion, ce qui favorise la pérennisation de la croissance économique. Autant dire que la maladie, en compromettant le bien-être des populations à court ou à long terme, constitue un obstacle au développement humain durable puisqu'elle affecte réellement la production et les revenus des ménages (pénurie de capacités) et est source d'absentéisme (dans les structures scolaires ou au travail), de perte de productivité, etc. Or, de nos jours au Sénégal, « seul un sénégalais sur cinq a accès à une couverture maladie publique ou privée » (PSE 2014 : 14). En plus, rien que le paludisme « considéré comme une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté », il affecte l'économie du pays en réduisant « *la croissance du PIB du Sénégal de*

³ - L'auteur met en évidence « les vulnérabilités des sociétés africaines » dont les conséquences peuvent être d'ordre naturel (telles que le climat par exemple) ou humain (liées à l'activité de l'homme).

0,35% par an selon les estimations de Mc Carthy et al. 2000 » (DSRP 2006 : 16). Compte tenu des conséquences de la maladie sur les ménages en particulier et sur la société de manière générale, les OMD constituent un partenariat international orienté par une vision mutuelle de développement humain durable afin d'améliorer de manière durable le bien-être des populations.

Si les projets de santé sont des plans de développement, dans la mesure où investir dans la santé permet à un pays d'exploiter ses potentialités humaines et de réduire de manière considérable les éventuels risques de troubles socio-économiques ; il est noté qu'au Sénégal comme d'ailleurs dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest (comme la Guinée Bissau, la Guinée et la Gambie) subsiste « *de tâtonnements sur les priorités d'action, de la méconnaissance des besoins réels des populations, de l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, de la mauvaise gouvernance, et de l'instabilité politique* » (DIONE 2013 : 71). Or, pour une meilleure dispensation de soins (efficaces et efficaces), les besoins des populations doivent être connus, évalués et pris en compte dans les différentes interventions des systèmes de santé.

En Afrique, des dispositifs d'assurance maladie obligatoire qui étaient mis en place se sont révélés décevants probablement par faute de gestion rigoureuse, mais en grande partie, du fait de leur incapacité à couvrir un grand nombre de la population. En effet, « *Les économies africaines sont restées dominées par les activités du monde rural et du secteur informel, qui sont inadaptées à la protection maladie conçue pour les catégories salariées* » (LETOURMY 2000 : 233). Ainsi, contribuer à la prolifération des MS en élargissant le nombre de personnes couvertes revient à participer dans la lutte contre la pauvreté puisque « la situation de maladie entretient la misère ». Ce dernier aspect est d'autant plus explicite dans un contexte où, pour faire face à la situation d'incapacité de travailler, de subvenir à ses besoins quotidiens, les populations doivent compter sur leurs propres ressources ou sur les liens sociaux qu'elles ont tissés (ceux de leur famille, de leur communauté, etc.) (AYÉNA 2012 ; JAFFRÉ 2006 ; LETOURMY 2000, 2006 ; PAQUET, TELLIER 2003). Une telle solidarité tend à consolider les liens sociaux, autant dire favorise la « *cohésion sociale* », pour reprendre un concept cher à Émile DURKHEIM. Globalement, le Sénégal est dans une telle situation.

Un autre problème demeure d'ordre conceptuel. Les MS visent à assurer aux populations exclues des soins de santé et non bénéficiaires des systèmes de protection institutionnalisés ou formels une meilleure prise en charge de leur état de santé en offrant une

prévoyance maladie à ses adhérents. Pour le philosophe du droit François Ewald : « *La prévoyance consiste à prendre conscience des risques auxquels on est soumis parce qu'on devra y faire face de sa propre initiative. Le monde de la prévoyance est un monde où chacun doit se savoir faible et fragile, soumis à d'incessants coups du sort et revers de fortune ; c'est un monde de la force majeure* » (In : GODARD 1997 : 103, cité par AYÉNA 2012 : 463). Or, le principe des protections sociales reste méconnu ou est à peine connu des populations. Et pour certaines personnes, la maladie est un tabou, en parler alors qu'elle n'est pas encore visible, c'est l'attirer. D'ailleurs, la solidarité dans ce contexte n'intervient qu'en cas d'urgence ou du moins quand la maladie apparaît. C'est ce que Fidèle Kadoukpé AYÉNA (2012) nomme sous le vocable de « *solidarité spontanée* ». Ainsi, ce dernier appréhende sous cet angle la prévoyance comme une « *prudence de l'acteur rationnel* » devant l'incertitude de ses moyens financiers et des vicissitudes de la vie. Devant une telle situation dont il ne maîtrise pas, l'« *acteur rationnel* » élabore dans le présent des stratégies qui pourront lui garantir dans l'avenir une protection sociale en cas de maladie ou de handicap en lui permettant de couvrir le plus efficacement possible ses dépenses de santé.

Aborder la problématique des MS, revient donc à considérer les notions de solidarité et de prévoyance indissociables de la mutualité qui dépasse elle-même son application à la santé. Or, le faible attrait des MS de la part des populations africaines laisse beaucoup de questionnements quand on sait que les sociétés africaines sont souvent taxées d'être des sociétés solidaires et sont connues pour leur savoir-faire dans l'organisation de dispositifs collectifs d'épargne à l'instar des tontines. Cependant, il convient de ne pas oublier que la solidarité en Afrique n'est pas aussi extensible qu'elle peut paraître. Cette solidarité se passe souvent entre « *l'ensemble des unités d'un même groupe social, si celui-ci est défini par des critères territoriaux ou économiques* » (LETOURMY 2000 : 234), ce que ne reflètent pas forcément les MS. À ce propos, selon Pascal N'DIAYE (2006), la mise en place des MS a été essentiellement le fait des communautés à la base, et où « *la solidarité spontanée appliquée dans un contexte et un cercle restreint de personnes ayant les mêmes affinités notamment sociales* » était à l'œuvre. Concernant les cotisations dans le cadre des tontines par exemple, elles n'ont pas la dynamique de démarche de prévoyance, mais plutôt, cette « *sociétés des amis* »⁴, « *met en place un circuit qui va permettre la satisfaction plus complète d'un besoin dont le prix est le*

⁴ - Il s'agit d'une expression de A. HENRY, G. H. TCHENTE, P. GUILLERME – DIEUMEGARD (1991) dans leur ouvrage collectif intitulé : *Tontines et banques au Cameroun : les principes de la société des amis*, cité par Alain LETOURMY (2000).

renoncement momentané. Les motivations de l'épargne ne sont pas forcément étrangères à la nécessité de faire face à un problème exceptionnel. Mais la maladie n'est peut-être pas celui qui vient en premier » (LETOURMY 2000 : 234). Ce fait s'observait aussi dans des organisations mutualistes traditionnelles au Mali où « *le volet santé n'était pas considéré comme une priorité* » (SISSOKO 2010). Le choix de l'utilisation de l'argent perçu dans le cadre de ces tontines dépend donc des priorités, autant dire, des besoins plus urgents.

Par rapport aux dépenses prioritaires des ménages en France, Valéry RIDDE (2012) montre que 22,5% sont destinées au logement et au chauffage, 18% à l'alimentation, 16% aux transports et communications, 10% aux soins de santé et 7,5% à la culture. Ici, les soins de santé viennent en quatrième position après le logement et le chauffage, l'alimentation, les transports et communication. Alors, une question se pose, devrions-nous nous attendre dans une large mesure à ce que des populations pauvres qui ne savent pas ce que sera leur situation économique du lendemain investissent sur des choses (ici la maladie) qui n'ont pas encore eu lieu ? Au Sénégal, selon Mohamadou SALL (2008) : « *malgré la promotion d'une santé communautaire, le manque d'argent est synonyme d'exclusion du système de santé* ». Et cette exclusion aux soins de santé fait partie intégrante de l'exclusion sociale, phénomène défini comme tel par le sommet mondial pour le développement social (Copenhague 1995). Ainsi, s'agissant des priorités des sénégalais, les problèmes de santé viennent en dernière position après le manque de nourriture/faim, la gestion de l'économie, les problèmes agricoles, de l'emploi, l'accès à l'eau potable.

De manière générale, selon Alain LETOURMY (2000), les populations, quoique n'ayant pas une bonne appréciation des systèmes de santé puisqu'ils souffrent de dysfonctionnements, n'ont pas du mal à payer les prestations de services des Centres de Santé (CS) ainsi que les médicaments. Ceci relativise donc leur pauvreté. Comme preuve, certaines expériences en milieu rural révèlent que les populations aux ressources modestes sont capables de contribuer financièrement « *en vue de couvrir le risque maladie* » bien que la prise en charge de l'intégralité des besoins en santé ne soit pas couverte notamment le médicament. Alors, qu'est-ce qui sous-tend le développement mutualiste ?

Les facteurs qui favorisent l'adhésion à une MS généralement évoqués par la littérature sont de trois ordres à savoir : la capacité contributive des ménages à payer les cotisations à la mutuelle (ceci est d'autant plus critique si la population ne bénéficie pas de revenus stables ou si les membres d'une famille sont nombreux) ; la confiance que les populations ont vis-à-vis

des personnes qui portent la mutuelle ainsi que le système de gestion mutualiste ; et la qualité des soins telle qu'elle est perçue par les adhérents à la MS (cette dernière raison semble être la plus déterminante). En outre, un quatrième facteur rarement évoqué mais qui peut constituer un frein à l'adhésion mutualiste est selon Fidèle Kadoukpé AYÉNA (2012), « *l'absence de reconnaissance des thérapies traditionnelles dans le champ conventionnel des soins médicaux mutualisés* ». Toutefois, la qualité des soins de santé est limitée dans certaines formations sanitaires surtout dans les pays du Sud (BIT 2000 ; BOIDIN 2012 ; DIONE 2013 ; LETOURMY 2000 ; CRIEL, BLAISE, FERETTE 2006). Il est donc clair qu'une offre de soins qui n'est pas alléchante constitue un obstacle à l'adhésion mutualiste effective. À propos des dysfonctionnements des MS, A. FRINTZ (2014) observe que la mise en place des MS communautaires gérées par des bénévoles sous l'initiative des associations ainsi que des mouvements religieux n'a pas fait grand-chose puisque les cotisants sont pris en charge qu'à hauteur de 20 ou 50% dans un PS aux prestations limitées et où les médicaments coûteux ne sont pas disponibles. Dans de telles conditions, de l'avis de FRINTZ, conserver son argent tant qu'on est en bonne santé et une fois malade avoir la latitude d'opter pour un type de recours aux soins semble être la voie à suivre.

C'est ainsi que le Sénégal s'est fixé en 2013 l'objectif de fournir des soins de qualité à 75% de la population d'ici 2017. Les MS quant à elles doivent jouer un rôle important pour atteindre cet objectif grâce à l'accès aux soins de santé. Une telle ambition risque toutefois de se limiter à une simple volonté si la consommation de soins de santé des populations n'est pas prise en compte avec d'autres variables telles que les conditions d'accès physiques aux formations de soins, le comportement des soignants, la disponibilité des médicaments, l'accès financier aux soins, bref, la qualité des soins.

Pour RIDDE (2012), les MS, dans leurs principaux objectifs d'assurer la protection financière de leurs membres lorsqu'ils ont recours aux soins de santé et de mobiliser des ressources additionnelles, peuvent pour ainsi dire, promouvoir une plus grande équité en matière de santé. D'ailleurs, selon cette dernière auteure, le faible succès de l'adhésion aux MS au Bénin peut s'expliquer par deux principaux facteurs que sont la difficulté de payer les primes, et le manque d'information sur les risques couverts et le fonctionnement des mutuelles dans un contexte de pauvreté qui limite l'engagement social des membres les plus démunis. En outre, elle étudie les dynamiques sociales qui s'articulent autour des MS à partir des pratiques d'entraides, de la confiance et de l'*empowerment*. Au chapitre trois de son ouvrage, elle démontre (en partant de faits concrets) que l'abolition du paiement direct peut améliorer l'accès

aux services de santé d'une part, mais peut aussi comporter des effets pervers d'autre part. Selon l'OMS, faire payer les soins à l'usager constitue la « *méthode la plus inéquitable pour financer les services de santé* » (AKAZILI, SOULARY 2014). À ce propos, Dr Margaret Chan (Directrice générale de l'OMS) soutient que "*Le paiement direct a puni le pauvre*" (In : ETIENNE, ASAMOA-BAAH (dir.) 2010).

Une telle lecture optimiste vis-à-vis des MS comme solution à l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité des populations les plus démunies que nous présente Alain LETOURMY (2000, 2006) et Valéry RIDDE (2012) ne suscite pas tout à fait une ambition béante de la part de James AKAZILI et Charlotte SOULARY (2014). Pour ces derniers, la contribution des MS communautaires basées sur une adhésion volontaire pour favoriser l'accès aux soins n'est pas si nette. Pourtant, à l'heure où l'on parle, la solution pour booster l'accès aux soins de santé résiderait pour certains sur les MS. Or, des faits démontrent que les MS communautaires constituent une « *fausse piste, voire une régression* » du fait de l'adhésion volontaire à un système d'assurance. Dans des pays comme le Ghana et la Tanzanie, « *les contributions versées aux mutuelles communautaires par les personnes non titulaires d'un emploi déclaré atteignent un niveau dérisoire. Ce qui n'est guère étonnant, sachant que pour un ménage pauvre l'adhésion à une mutuelle représente une dépense supérieure à ses achats alimentaires* ». Même animée des meilleures intentions, une « *loi visant à la création d'une caisse d'assurance de santé* » ne parviendrait pas à étendre la couverture sanitaire au-delà du secteur formel. Pourtant, ces deux auteurs semblent vouloir ravalier leur pessimisme affirmé lorsqu'ils soutiennent qu'en définitive « *D'autres mécanismes existent qui permettent de couvrir le secteur informel, comme la TVA ou les impôts directs* », que beaucoup de pays explorent « *la piste d'une taxation des transactions financières ou des grosses entreprises bénéficiaires* », et qu'une « *aide fiable et durable* » qui émanerait des « *pays riches* » sera vitale pour développer et améliorer l'efficacité des systèmes publics de santé. Tout dépendra de l'apport des gouvernements, des donateurs et de la société civile dans l'élaboration des stratégies nationales équitables qui tiendront compte des besoins de santé des plus vulnérables dans la mobilisation des ressources financières.

Ainsi, dans un contexte de pauvreté affirmé où les populations peinent à se prendre en charge dans bons nombres d'aspects de leur vie, et où les formations sanitaires souffrent de dysfonctionnements, la question du développement de la mutualité de santé se pose malgré les efforts étatiques visant à dynamiser ce processus.

Au vu de tout ce qui vient d'être évoqué, la MS devient inéluctablement un moyen stratégique qui peut s'observer à différents niveaux à travers par exemple les jeux de pouvoir. Avec les leviers dont disposent les MS, ces jeux de pouvoirs sont plus probants. Et comme le dit pertinemment Michel FOUURIAT (2011 : 161) : « *C'est au niveau des interactions par rapport à des problèmes concrets que se jouent et se construisent les stratégies des uns et des autres* ». Ainsi, les stratégies adoptées par les populations afin d'affilier à une MS et par les différents acteurs qui interviennent dans la mutualité pour favoriser une meilleure prise en charge de l'état de santé des populations, entraînent des interactions qui méritent toujours d'être appréhendées. En outre, l'engouement que suscitent ou que doivent susciter les MS peut être perceptible partant des perceptions mutualistes, des représentations de la santé et de la maladie, et des enjeux tels perçus par les populations et les acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé.

II. Revue de littérature

La MS étant un mécanisme de protection contre le risque lié à la santé, il convient donc dans la revue de littérature de voir la situation des systèmes de protection sociale et celle des systèmes de santé. Nous convoquerons surtout des auteurs ayant traité la mutualité de santé ainsi que les actions qui la sous-tendent et qui sont mises en œuvre pour la dynamiser, tout en nous intéressant aux analyses qu'ils en ont retirées. Nous avons structuré notre revue de littérature en thématique. Quatre thèmes ont été retenus : *systèmes de protection sociale et aspérité de couverture entre régime obligatoire et régime volontaire ; système de santé et inégalités d'accès : la pauvreté en question ; la CMU à la rescousse des limites de couverture des systèmes de protection sociale et comme réponse aux inégalités dans l'accès aux soins de santé ; et les MS comme appui contre l'exclusion aux soins de santé et comme axe dans l'atteinte de la CMU.*

Systèmes de protection sociale et aspérité de couverture entre régime obligatoire et régime volontaire.

Parler de MS revient à évoquer la question relative aux systèmes de protection sociale. Or, quand bien même la sécurité sociale constitue un droit comme le stipule l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme à savoir que « *Tout un chacun, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale* », tel n'est pas le cas pour tous les membres de la société. Les systèmes de protection sociale au Sénégal, tout comme en Afrique de manière

générale comportent un caractère injuste. En effet, la plupart des populations de ces pays dits sous-développés restent exclues de ces systèmes de protection sociale.

Pour Éveline BAUMANN (2010), dans les pays d'Afrique (particulièrement en Afrique subsaharienne), les protections sociales ne suscitent pas d'ardeur contrairement dans les pays du Nord. Qu'en est-il au Sénégal ? Dans ce pays, la réalité est que les protections sociales n'occupent pas une place majeure dans les débats politiques, ni ne représentent véritablement un enjeu électoral. Par contre, les différentes parties prenantes (« *les milieux politiques, les travailleurs et leurs familles, les organisations de la société civile, les assurances, les établissements de santé* ») ont un intérêt de plus en plus vif pour ces protections sociales. Cela peut s'expliquer par des raisons locales ou globales liées aux aléas de la vie (au contexte de cherté de la santé au Sénégal par exemple), et aux injonctions des organisations internationales qui renvoient par exemple à la responsabilité sociale des entreprises. Quoiqu'il en soit, le constat est qu'après presque 60 ans, la protection sociale demeure « *un rêve pour 80% de la population mondiale* » à en croire Assane DIOP (2008). Pour ce dernier, le manque de volonté politique ou de compréhension du niveau local au niveau international semble constituer un frein au développement des systèmes de protection sociale.

Il faut cependant noter que c'est suite au sommet extraordinaire des chefs d'État de l'Union africaine, en 2004, sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté organisé à Ouagadougou que l'on a noté un engagement des autorités en faveur des protections sociales. Des systèmes de protection sociale qui couvriraient l'ensemble de la population sont désormais, ou du moins, plus perçus comme de l'investissement susceptible de faire baisser la pauvreté et de contribuer à l'accroissement économique. En effet, la protection sociale est faite en sorte que personne ne soit laissé en rade ou pénalisée parce qu'elle n'est pas arrivée « assez haut sur l'échelle économique ».

On peut noter deux types de systèmes de protection sociale à savoir les systèmes obligatoires et les systèmes volontaires. Les systèmes obligatoires comportent quelques caractéristiques. S'agissant des fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique ainsi que leurs familles, ils bénéficient d'un système de protection sociale financé par l'État (imputation budgétaire). La prise en charge est de 80% des soins médicaux et le malade a en charge les médicaments. Évoquer la question du système obligatoire de protection sociale au Sénégal, amène à considérer trois organismes. D'abord, les travailleurs des entreprises privées et leurs familles sont assurés dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) qui s'occupent de la branche « Maladie » à l'instar des MS. Ensuite, les retraités ayant occupé des

emplois salariés ainsi que leurs familles bénéficient d'une protection par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) qui gère les branches « Retraite – Invalidité et Survivants ». À ce niveau, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions et en contrepartie, l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses membres. Il convient de souligner qu'il y a une extension du régime à des personnes non salariées (travailleurs journaliers, saisonniers et temporaires). Ainsi, le travailleur journalier ayant effectué au minimum un travail équivalent à trois mois au cours d'une année peut affilier à l'IPRES. Enfin, la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) gère les branches des « Prestations familiales – Maternité - Accidents du travail et Maladies professionnelles ».

Au regard des déficits enregistrés dans la couverture par le système de l'assurance maladie obligatoire, des modifications ont été entreprises par rapport au décret n°75-895 du 14 août 1975, en application de la loi n°75-50 du 3 avril 1975 qui rend obligatoire la création des IPM et organise leur fonctionnement. Ces innovations portent par exemple sur : « *l'augmentation de l'effectif requis pour la création d'une IPM qui passe de 100 à 300 travailleurs ; la prise en charge des autres catégories de travailleurs par une IPM interentreprise de travailleurs non permanents ; l'augmentation de la cotisation qui passe de 4-6% à une fourchette de 4-15% ; l'augmentation de la fourchette de prise en charge qui passe de 40-80% à 50-80% ; l'augmentation du plafond de l'assiette de calcul des cotisations de 60 000 à 250 000 CFA* ». (NDIONE, KONTE 2013).

Quant aux systèmes volontaires, une très faible partie de la population (cadres d'entreprise, professions libérales et leurs dépendants) est couverte par l'assurance privée. L'ensemble des personnes protégées par ces deux systèmes institutionnalisés s'élèvent à 20% de la population nationale. Ceci est en contradiction avec l'Europe de nos jours où 90% de la population des pays européens est couverte par une assurance maladie obligatoire (HUBERT, HOHMANN, REINHARD 2003). Pour faire face aux dépenses liées à santé, les ménages exclus de ces deux systèmes de protection sociale comptent sur les systèmes traditionnels de solidarité que sont les associations d'entraide et de crédit, de solidarité familiale, les systèmes de prépaiement auprès des structures de santé selon le Ministère de la Santé (2004). Pour Éveline BAUMANN (2010), cette solidarité interpersonnelle renvoie tout d'abord aux liens familiaux qui représentent, d'une certaine manière, « *la clé de voûte de la « sécurité sociale » et notamment de « l'assurance vieillesse » au Sénégal* ». Ce dernier, résume d'ailleurs la situation actuelle des systèmes de protection sociale au Sénégal selon quatre constats. En premier lieu, du fait que ces systèmes ne bénéficient qu'à une minorité de la population, elles

ne peuvent pas vraiment contribuer à la redistribution des richesses créées, donc ne peuvent renforcer la « *cohésion sociale* ». En deuxième lieu, les capacités créatrices de travail (dûment enregistrées de l'économie) demeurent très limitées et remettent en cause l'extension des systèmes de protection institutionnels. Il en est de même du recours à l'impôt puisque les recettes fiscales ne représentent que 18% du Produit Intérieur Brut (PIB) sénégalais. En troisième lieu, les évolutions démographiques pèsent sur le rapport entre actifs et retraités. Enfin, en quatrième lieu, les solidarités affectives sont aujourd'hui mises à rude épreuve. En plus de ces différents aspects qu'on vient d'évoquer, les limites du système de santé et la situation de pauvreté auxquelles sont confrontées certaines populations remettent en cause leur accès aux soins sanitaires.

Système de santé et inégalités d'accès : la pauvreté en question

Le système de santé est défini dans le rapport sur la santé dans le monde (OMS 2000 : Xi), comme « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires* ». Son objectif est double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, autrement dit, de parvenir à satisfaire les attentes des populations (qualité) ; et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire, de parvenir sans discrimination, à assurer à chacun la même qualité de soins (équité) ; et tout ceci dans l'amélioration de la santé des populations. Ainsi, comme le dit si bien ce rapport, les pays ont besoin de systèmes qui sont en mesure de protéger l'ensemble de leur population contre les « *risques sanitaires* » et les « *risques financiers de la maladie* ». Cependant, du point de vue historique, la hiérarchisation du type pyramidal des niveaux de soins actuels est la continuité de la politique sanitaire coloniale comme l'ont évoqué des auteurs tels que Ibrahima DIONE (2013) et Félix ATCHADÉ (2013)⁵, autant dire que « *les systèmes de santé africains actuels se sont bâtis à partir des institutions coloniales* », selon Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER (2000). Lors de cette époque d'antan, les populations des quatre communes de plein exercice où l'administration coloniale était implantée étaient privilégiées, et les populations de l'intérieur (dans les zones rurales ou périphériques) étaient exclues ou délaissées par ce système par rapport à l'implantation de structures sanitaires

⁵ - Dans son ouvrage, l'auteur montre quand bien même des efforts aient été faits dans le domaine du financement de la santé par exemple, ainsi que des politiques sanitaires, le système de santé sénégalais comporte des inégalités dont les plus pauvres sont ceux qui souffrent le plus.

d'envergure. Cette médecine occidentale d'alors, visait à pacifier, dominer et accroître la productivité des colonies.

Le système de santé du Sénégal, et par conséquent les politiques sanitaires, hérité de la colonisation, n'ont pas pris en compte la situation des personnes pauvres qui ne sont pas couvertes par les systèmes de protection sociale institutionnalisés. Cette question ne concerne pas d'ailleurs uniquement le système de santé, puisque d'une manière générale, la protection sociale en Afrique, et particulièrement au Sénégal a elle aussi hérité de l'époque coloniale, donc arrimée au salariat (BAUMANN 2010, BIT 2000). Il est attesté, en effet, que les ménages qui œuvrent dans le secteur rural et le monde informel, et qui représentent plus de 80% de la population nationale sont exclus des systèmes de protection sociale institutionnalisés puisqu'ils restent exclusivement à l'apanage des travailleurs du secteur formel. Il y a paradoxe puisqu'étant donné que la pauvreté accroisse les risques socio-sanitaires, les populations les plus pauvres sont les plus exposées et donc, devraient bénéficier de ces services autant que les autres, voire, bénéficier d'une « discrimination positive » en leur faveur puisqu'ils n'ont pas les moyens. À en croire Denis-Clair LAMBERT (2001 : 48)⁶, dans les pays pauvres, « *l'aversion pour le risque sanitaire est trop souvent annihilée par les conditions de pénurie : un environnement et un habitat insalubres, peu de médecins et de médicaments, l'ignorance et la superstition, le manque de pouvoir d'achat et l'insécurité des établissements de soins. La population locale s'expose au risque sanitaire, le plus souvent involontairement, sans le savoir et sans comprendre les signes cliniques de la maladie* ». Que les populations soient conscientes ou non de l'exposition au risque sanitaire, et qu'elles s'exposent « *involontairement* » ou non, pour des personnes vivantes dans une pénurie complète, l'aversion pour le risque sanitaire vient certainement au second plan après la satisfaction des besoins perçus comme relevant de la nécessité. Sous ce rapport, la pauvreté ou la situation de pénurie sur le plan socio-économique n'est pas sans incidence.

Phénomène multidimensionnel, tel est la pauvreté. Pour les populations sénégalaises, selon une auto-désignation basée sur une approche de la perception de la pauvreté, est démunie,

⁶ - L'auteur montre dès l'entame de ses propos, qu'au départ, les préoccupations des économistes du développement ainsi que les économistes de santé n'ont estimé intéressant de mesurer les interrelations entre la santé et le développement. Mais de nos jours, il est plus qu'attesté que le développement inclut l'amélioration de la santé puisque « *Le plein développement d'une nation est nécessairement à la fois économique et technique, culturel, social et politique* ». L'auteur émet aussi une critique affirmée vis-à-vis de la définition que donne l'OMS à la santé.

selon les principaux signes évoqués par les populations dans le DSRP la personne qui a « *la difficulté à se nourrir, le manque de travail, le manque de soins, le manque de logement décent* » (DSRP 2006 : 8). Ce DSRP avait pour objectif de réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015 dans l'atteinte des OMD. Or, la réduction de la pauvreté a des implications qui touchent beaucoup d'aspects comme ceux de la santé ou de l'éducation. Par ailleurs, malgré l'augmentation d'année en année des ressources budgétaires allouées à ces secteurs, le constat est que la santé et l'éducation des populations posent des difficultés à beaucoup de sénégalais. Il existe trois générations de DSRP : le premier couvrait la période 2003-2005, le deuxième 2006-2010 et le troisième la période 2013-2017. Le dernier DSRP est appelé désormais Stratégie Nationale de Développement Économique et Social (SNDES). La SNDES renferme les politiques et stratégies indispensables dans l'avancement des programmes des acteurs publics afin de parvenir à « *une croissance forte, durable et inclusive et à réduire la pauvreté. Son objectif est de porter au cours des cinq prochaines années le taux moyen de croissance à 6,6%, niveau qui permettrait d'enregistrer des progrès sensibles dans la lutte contre la pauvreté* » (DSRP 2013 : 1). Selon le Ministère de la Santé (2004), on relève trois types d'exclusions qu'entraîne la pauvreté que sont : l'exclusion temporaire, l'exclusion saisonnière ou l'exclusion partielle.

Par rapport au financement du système de santé sénégalais, les fonds proviennent de trois grandes catégories que sont :

« - *les fonds publics (FS1) sont composés des fonds de l'administration centrale, des collectivités locales, des emprunts et d'autres fonds publics (revenus d'actifs, ...)* ;

- *les fonds privés (FS2) sont constitués des fonds des entreprises, des ménages, des institutions à but non lucratif et d'autres fonds privés (revenus d'actifs, ...)* ;

- *les fonds du reste du monde (FS3) sont fournis par la coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations, les firmes internationales, les Initiatives globales et les fonds des ressortissants Sénégalais de l'Extérieur* » (ATCHADÉ 2013 : 111-112). Selon Ibrahima DIONE (2013), le système de santé sénégalais partant de ses formes de financement a un caractère extraverti puisque fortement dépendante du financement extérieur dans la mesure où 32% des dépenses de santé proviennent de ressource venant d'ailleurs dont 45% uniquement destinés aux dépenses non salariales.

Pour l'OMS (selon le Rapport du secrétariat au Conseil exécutif, 2013), quatre actions-clés devraient être entreprises en priorité à savoir : réduire les paiements directs, maximiser les

prépaiements obligatoires, mutualiser les risques à grande échelle, et recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer (TUBIANA 2014). Cela est fort judicieux quand on sait qu'au Sénégal, selon le Ministère de la Santé (2004), 54% de la population nationale vivait en dessous du seuil de pauvreté en 2002. En 2011, selon le PSE (2014), le niveau de pauvreté était de 66,8% à Ziguinchor.

Le système de santé sénégalais a une structure pyramidale. Cette pyramide est conçue comme suit : au sommet, l'échelon central ou national (qui correspond au ministère de la santé et de l'action sociale) joue un rôle politique et normatif. Il conçoit les objectifs et les options stratégiques en santé. Quelques missions lui sont dévolues dont la mobilisation et l'utilisation des ressources, l'acquisition des techniques et l'amélioration de la gestion. Il est composé du cabinet du ministre, du secrétariat général, des Directions et Services Centraux. Au niveau opérationnel, on trouve les Établissements Publics de Santé de niveau 3 (EPS3). Ensuite, l'échelon régional ou intermédiaire, qui correspond à la Région Médicale (RM) sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et canalise l'expertise technique vers les districts sanitaires. Ici, est dévolue à la RM, la mission permanente d'information, de coordination technique des structures de santé, de synthèse et de gestion administrative du personnel, bref, un rôle stratégique. La RM est dirigée par un médecin coordonnant les activités sanitaires de la région. Au niveau opérationnel se trouvent les EPS de niveau 2 (EPS 2). Enfin, l'échelon périphérique (qui correspond au district sanitaire), constitue la zone ou le niveau opérationnel du système national de santé. C'est le lieu où s'opère l'intégration des ressources afin de rendre effective l'action sanitaire aux communautés, ménages et individus à travers beaucoup d'activités. Il est composé au moins d'un CS ou Hôpital de District, de PS, de Maternités Rurales et de Cases de Santé (MSPHP 2010). Par rapport à la disponibilité des soins, on a des soins de santé de base au niveau des PS, des soins secondaires au niveau des CS et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. Cependant, subsiste une inégalité entre zone urbaine et zone rurale dans l'accès aux soins ; et cette inégalité s'accroît de nos jours avec l'évolution démographique de la population. Pour pallier cette situation inégalitaire relative à l'offre et l'accès aux soins de santé, la conférence d'Alma Ata (avec la stratégie des SSP) adopte comme principe la conception d'une offre de soins en partant du micro-local et en mettant en avant les soins essentiels. C'est donc dire que le secteur de la santé au Sénégal tel structuré de nos jours dans l'offre de ses prestations de services, a connu un long parcours.

Ce secteur a connu des réformes importantes car d'un système de santé marqué par un centralisme étatique en 1972, le Sénégal a mis en place la Déclaration de Politique de Santé en 1989, puis adopte en 1992 l'Initiative de Bamako (IB). En juin 1995, de nouvelles initiatives de politiques de santé et d'action sociale sont mises en œuvre afin de réorganiser le ministère de la santé, réformer le système hospitalier, améliorer la qualité des prestations et l'accès aux services de santé. En 1996, ce sont les réformes de décentralisation du système de santé dont le processus a été initié en 1972. La santé fait désormais partie des domaines de compétences attribuées aux Collectivités Locales (CL) à travers l'adoption de la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales. Autrement dit que l'État n'est pas le seul acteur qui doit agir dans le secteur de la santé. À côté de lui, les collectivités territoriales ont l'obligation, selon la constitution du Sénégal adoptée le 07/01/2001, de veiller à la santé physique et morale des familles par l'accès aux services de santé et au bien-être, particulièrement des personnes âgées et handicapées et des populations en milieu rural.

Le pays adopte également en cette même année de 1996 sous l'influence de la BM, une « approche sectorielle » de la santé qui a fini par aboutir à l'élaboration sur la période 1998-2007, d'un plan stratégique national de développement sanitaire. En 2013, l'acte III de la décentralisation (Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant code général des collectivités locales) qui remplace et abroge les lois n° 96-06 portant code des collectivités locales, n° 96-07 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement et ses rapports avec la ville, vise à « *organiser le Sénégal en territoire viables, compétitifs et porteurs de développement durable* ». Conformément à la réforme de la décentralisation définie dans l'acte III de la décentralisation, le département (érigé en collectivité locale) a la compétence dans le secteur sanitaire de gérer et d'entretenir les hôpitaux de niveaux 1 et 2, et de participer à la CMU (Article 306). Quant à la commune, elle a la compétence de construire, de gérer, d'équiper et d'entretenir les PS, les maternités et les cases de santé ; de gérer, d'équiper et d'entretenir des CS ; de participer à la CMU ; de mettre en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène (Article 307). Suite à la déclaration d'Alma Ata en 1978, les SSP promus par l'OMS ont secoué de manière considérable la politique sanitaire sénégalaise.

Suite à la conférence d'Alma Ata, les paramètres des SSP sont intégrés dans les politiques de planification. En outre, les services de soins de santé sont décentralisés, et les

collectivités territoriales et les structures de soins ont reçu plus d'autonomie dans leur gestion. C'est ainsi que « le district sanitaire a été mis en place pour organiser les soins de santé primaires avec une échelle référence à partir de la base pour accéder aux soins les plus spécialisés et dispensés par le centre de santé ». Toutefois, « décentralisation partielle », absence de « moyens suffisants » et de définition d' « une politique claire pour répondre aux ambitions indéfinies d'Alma Ata », « période de stagnation » (cas du Sénégal dans certaines améliorations dans le domaine de santé), « contexte des guerres civiles qui gangrène la rationalisation de l'offre de soins » (cas de la Guinée Bissau), pénurie de personnel qui s'explique par la « fuite des cerveaux » (cas de la Gambie), et surtout, les « crises économiques » des années 70 et 80, l' « augmentation de la dette extérieure et les programmes d'ajustement » initiés par le Fonds Monétaire International (FMI) ; ces facteurs expliquent l'échec dans l'attente des résultats escomptés, notamment dans l'objectif de la « santé pour tous » d'ici l'an 2000 initialement fixé avec la conférence d'Alma Ata. Cet « échec inavoué mais perceptible dans l'application des directives d'Alma Ata, a amené l'OMS sur l'initiative du Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE/UNICEF) » en 1987, à impulser l'IB au Mali dans le but de promouvoir l'accès à la « santé pour tous » avec beaucoup plus d'efficacité. À cet effet, la participation des usagers (qui était symbolique au début des années 1980 et qui a fini par mobiliser d'importantes ressources au début des années 1990) à l'effort de santé à travers le système de paiement des prestations et médicaments fut instaurée, alors que les soins de santé étaient gratuits dans les établissements de soins qui relevaient du secteur public. L'IB comporte essentiellement deux volets. Celui financier ou recouvrement des coûts, et celui organisationnel ou prolongement de la déclaration d'Alma Ata.

La stratégie des SSP qui vise à promouvoir l'accès aux services médicaux des pauvres par le recours aux services de santé communautaires et à rehausser les conditions sanitaires et d'hygiène dans les zones rurales ou périphériques comporte, une certaine contradiction puisque les ressources allouées aux financements et investissements pour la santé suivent l'échelon de la pyramide sanitaire. Le niveau central concentre presque la totalité des fonds alors que la périphérie (qui concentre plus de structures de soins de proximité) reçoit des fonds dérisoires du budget. En effet, sur 17 milliards de francs CFA prévus, 7% sont destinés aux opérations en faveur des structures du niveau de base telle que les postes et les cases de santé, ainsi que les maternités rurales, alors que les hôpitaux de niveau 2 et 3 mobilisent 38% (DIONE 2013 :131). Les régions qui abritent les populations les plus pauvres supportent plus le poids lié à la prise en charge de la santé que les régions où la pauvreté est moins élevée. Une situation fortement déplorable.

Par ailleurs, la conférence d'Alma Ata (1978), l'IB (en septembre 1987), les sommets d'Abuja (en avril 2001) et de Copenhague, ces différentes dispositions n'ont pas complètement endigué les dysfonctionnements des systèmes sanitaires. Ces derniers souffrent de maux dont les principaux demeurent certainement « l'absence de ressources suffisantes consacrées à l'investissement et de l'incohérence dans la mise en application des mesures prises ». Le système de soins sénégalais comporte un caractère injuste et inéquitable dans la participation des populations aux dépenses de santé. En effet, selon Félix ATCHADE (2013 : 16), « *plus on s'éloigne de la capitale Dakar et plus les efforts demandés aux populations sont importants* ». Concernant l'IB, cette disposition consistant à la fourniture de médicaments essentiels pour tous (y compris les vaccins) couplé à l'autofinancement local a été proposée par James Grant (directeur général de l'UNICEF en 1987, sous pression américaine pour lancer de nouvelles initiatives pour l'Afrique) qui a réussi à prendre l'OMS de court au comité régional de l'OMS à Bamako en 1987. C'est ainsi que les ministres de la santé l'adoptèrent sous l'étiquette d'« Initiative de Bamako », ce que l'OMS accepta à contre cœur pour en faire un axe stratégique (LERBERGHE, BROUWERE (De) 2000). Par ailleurs, l'utilisation de « médicaments essentiels génériques » a permis une diminution des coûts pour ceux qui ont les moyens de payer, mais la situation est la même pour ceux qui n'ont pas les moyens. Cela résulte d'une mauvaise interprétation et d'une mauvaise mise en œuvre de l'IB puisque l'un de ces principes, qui prône l'exonération du paiement pour les plus pauvres n'a pas été appliqué par les décideurs, les agents de santé, les experts, les bailleurs de fonds et les membres d'Organisation Non Gouvernementale (ONG).

La dépendance de ce système par rapport aux investissements extérieurs fait partie des facteurs qui handicapent la mise au point d'actions sanitaires plus performantes. Bien que des efforts soutenable aient été réalisés, ce système doit parcourir un long chemin pour réaliser une rationalisation des dépenses de santé et satisfaire les besoins des populations par un rééquilibrage du partage des ressources entre les milieux ruraux et ceux urbains. Le constat est que ces « *politiques de santé ne sont alors ni pensées, ni élaborées en fonction des destinataires* » (KADDAR 1996, cité par DIOUF 2005).

Quant n'est-il du lien entre la pauvreté et la maladie ? Il apparaît sans équivoque surtout dans les pays dits sous-développés que les personnes tombent malades à cause de la pauvreté, et que leur pauvreté s'accroît parce qu'elles doivent généralement payer de leurs propres poches pour prendre en charge leur santé. Une question se pose alors quant à l'éradication de la pauvreté. Une telle ambition est-elle soutenable ? Selon Emma SEERY et Ana ARENDAR

(2014 : 10) : « *Les dirigeants du monde entier débattent actuellement de nouveaux objectifs internationaux, en vue de l'éradication de l'extrême pauvreté d'ici 2030. Toutefois, à moins de déterminer un objectif relatif aux inégalités économiques, leurs efforts sont voués à l'échec, et d'innombrables vies seront perdues* ». Il apparaît donc qu'une telle ambition telle décrite par ces derniers auteurs ne peut se concrétiser si les dispositifs qui sous-tendent et perpétuent l'accroissement de la pauvreté ne sont pas éradiqués. Conscient des obstacles de la maladie sur le développement, le gouvernement du Sénégal a consenti des efforts pour la lutter notamment dans le cadre des OMD.

S'agissant des OMD, c'est en septembre 2000 que la communauté internationale, au sommet du millénaire réuni à New York sous l'impulsion de Kofi Annan, s'est donnée jusqu'en 2015 pour parvenir aux objectifs fixés. Adoptée par les chefs d'État et de gouvernement de 191 pays (dont le Sénégal), trois des OMD touchent directement la santé des populations à savoir : OMD 4 (réduire la mortalité infantile), OMD 5 (améliorer la santé maternelle) et OMD 6 (combattre le Virus d'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise (VIH/sida), le paludisme et d'autres maladies). Pour atteindre ces trois objectifs, le Sénégal dans ses politiques sectorielles (en cohérence avec les OMD) définies dans le DSRP II (2006-2010) s'évertue à réduire: de deux tiers le taux de mortalité infantile (des enfants de moins de 5 ans) ; de trois quarts le taux de mortalité maternelle ; et à arrêter la diffusion du VIH/sida, le paludisme et autres maladies par un renversement de la tendance actuelle. Cependant, l'orientation de satisfaction des normes établies par les organismes internationaux sur le plan sanitaire entraîne un manque d'estime vis-à-vis des perceptions des populations sur les besoins réels de santé en relation avec les spécificités locales. Faut-il opérer une rupture ? Les enjeux sont énormes quand on sait que le financement de la communauté internationale dépend du respect de ces normes considérées comme « modèles de référence ».

Cependant, le focus sur les OMD révèle des manquements. Selon le PSE (2014 : 17), « *la mortalité des moins de cinq ans est passée de 121 pour mille (2005) à 72 pour mille (2011) mais le Sénégal a de faibles chances d'atteindre la cible qui est de 44 pour mille* » ; « *la réduction de la mortalité maternelle est également lente avec un taux de 392 décès pour 100000 naissances vivantes contre une cible de 127 décès 100000 naissances vivantes* » ; « *les taux de prévalence du paludisme et du VIH/Sida (0,7%) sont maintenus à des niveaux très faibles avec de réelles chances d'atteindre les cibles fixées* ». Bref, « *la perspective d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015 s'éloigne de plus en plus, notamment en matière de réduction de la pauvreté, de baisse de la mortalité maternelle et*

infantile, d'amélioration du taux d'achèvement du cycle élémentaire et d'accès à l'assainissement » (PSE 2014 : 2). Ainsi, face aux limites des systèmes de protection sociale et aux contraintes auxquelles sont confrontées les populations (surtout celles qui y sont exclues) dans l'accès aux soins de santé, le concept de « couverture universelle de santé » ou « couverture maladie universelle » est promu.

La CMU à la rescousse des limites de couverture des systèmes de protection sociale et comme réponse aux inégalités dans l'accès aux soins de santé.

L'accès à la « santé pour tous » a été l'une des préoccupations majeures des gouvernements du monde. Des pays tels que le Sénégal ont adopté une constitution garantissant la « santé pour tous ». C'est en 1977 lors de la trentième assemblée mondiale de la santé que cette résolution, traduite en slogan, a été adoptée en vue d'« accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». Malgré l'affiche de la volonté des politiques pour améliorer la santé des populations, l'échec de cette volonté est notable : « *Ce n'était qu'un slogan, il ne fallait pas lui en demander davantage !* » selon Marc-Éric GRUÉNAIS et Roland POURTIER (2000). Denis-Clair LAMBERT (2001 : 29), pour sa part affirme que « *La santé pour tous et l'état complet de bien-être d'une population sont des utopies, même en Suède, car il y aura toujours des morts prématurées, des vieillards grabataires, de jeunes handicapés et des accidents et des maladies qui aurait pu être évitées* ».

Le concept de « couverture universelle de santé » constitue, aujourd'hui, un débat majeur dans la mesure où l'accès aux soins représente un enjeu considérable dans la lutte contre la pauvreté et la promotion de la cohésion sociale en ce XXI^e siècle. Pour James AKAZILI et Charlotte SOULARY (2014), Emma SEERY et Ana Caistor ARENDAR (2014), et Laurence TUBIANA (2014), la dynamique de la CSU peut constituer un moyen permettant à quantité de personnes de se soigner et de faire face à la situation de pauvreté. De l'avis de Jim Yong Kim, président de la BM, lors de son allocution à la conférence conjointe du gouvernement japonais et de la BM sur la couverture universelle en matière de santé (Tokyo, 6 décembre 2013), la CSU est essentielle pour combattre les inégalités parce qu'elle est « *l'élément indispensable à la réalisation des objectifs mondiaux [de la Banque mondiale] visant à éliminer l'extrême pauvreté d'ici à 2030 et à stimuler une prospérité partagée* » (SEERY, ARENDAR 2014 : 21). Margaret Chan (en 2013), décrivait la CSU comme étant « *le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* ». Toutefois, comme le déclarent pertinemment James AKAZILI

et Charlotte SOULARY (2014) : « *La CSU n'est pas un modèle de prêt-à-porter, mais un principe qu'il appartient à chaque gouvernement de mettre en œuvre selon le contexte social, économique et politique de son territoire. Elle requiert une mise en commun des ressources locales et leur redistribution aux individus ou aux familles dont les besoins en matière de santé sont les plus criants* ». C'est donc dire que : « *La couverture universelle n'est pas la même pour tous. De même une couverture pour tous ne signifie pas nécessairement que tout est couvert* », « *progresser vers la couverture universelle signifie agencer au mieux le développement ou le maintien de la couverture au niveau de trois dimensions essentielles : qui est couvert par les fonds mis en commun, quels sont les services couverts et quelle proportion des coûts est couverte* » (ETIENNE, ASAMOA-BAAH (dir.) 2010). Il appartient ainsi aux responsables politiques de décider de la façon dont ils peuvent lever et gérer les fonds à cet effet. Quoiqu' « *il n'existe aucune solution miracle pour atteindre l'accès à la couverture universelle* » selon le rapport de 2010 de l'OMS, l'atteinte de cet objectif louable repose sur le financement du système de santé, la protection des gens des conséquences financières liées à la maladie et aux paiements des services de santé et les moyens mis en œuvre pour encourager l'utilisation optimale des ressources. Rappelons que la CMU est une politique qui poursuit, voire s'évertue à approfondir les initiatives de gratuité ou de subvention relatives aux soins de santé.

Le choix de la CMU, au Sénégal, participe des politiques de gratuité qui consistent essentiellement en des programmes de subventions et de gratuité des soins mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) dans le cadre du régime d'assistance médicale. Il s'agit notamment :

- de la gratuité des accouchements et des césariennes. Lancée en décembre 2004, cette initiative est devenue effective le 1^{er} janvier 2005 et s'est généralisée en 2011) ;
- de la gratuité des soins aux personnes âgées (Plan Sésame depuis 2006) ;
- de l'accès gratuit aux antirétroviraux pour les Personnes Vivantes avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH) ;
- de la gratuité des médicaments antituberculeux pour les tuberculeux ;
- de la subvention pour abaisser les coûts des traitements : antipaludéens, diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale chronique (dialyse), des cardiopathies ;
- du traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes, ainsi que le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- de la subvention pour la prise en charge des personnes indigentes ;

- des initiatives pour la gratuité des soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans débutées dans les années 1990 (NDIAYE, BÂ, NDAO et al., 2013 et MSAS 2013). « Ces politiques de subventions et de gratuité s'inscrivent, pour la plupart, dans des paradigmes internationaux en faveur de l'équité d'accès aux soins²³ et rejoignent ainsi la valse des récentes réformes engagées un peu partout dans les pays à faibles et moyens revenus (Gilson & McIntyre, 2005). (...).

Mais, ces mécanismes peinent encore à réduire les inégalités économiques en termes d'accès aux soins. En effet, une frange importante de la population, en particulier les pauvres, continuent d'être exclus du système de santé. Cette situation trouve en grande partie son explication dans les processus organisationnels d'inscription à ces mécanismes mais aussi aux dysfonctionnements du système de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) » (NDIAYE, BÂ, NDAO et al., 2013 : 45-46). S'agissant des personnes âgées ou du 3^{ème} âge, elles bénéficient du plan SESAME. Ce plan mis en œuvre en 2006 vise la gratuité des soins de santé des personnes âgées de 60 ans et plus ⁷ (toutes les catégories socio-professionnelles confondues sont bénéficiaires) dans les structures sanitaires sélectionnées dans tout le pays. Ce mécanisme de financement des soins de santé des personnes âgées est intégralement financé par l'État quoique l'IPRES ait financé ce plan à ses débuts à hauteur de 300 000 000 francs CFA. Toutefois, selon ces derniers auteurs, certaines prestations sont exclues de ce plan par arrêté ministériel depuis 2009. De nos jours, ce plan rencontre de sérieux problèmes puisque l'incapacité de l'État à honorer les dépenses occasionnées (ce qui se traduit par le retard du remboursement de l'État voire même la faiblesse du remboursement par rapport aux coûts) amène certaines structures hospitalières à refuser de dispenser gratuitement des soins aux ayants droit. Ceci rend incertain l'avenir du plan Sésame au Sénégal. Or, en 2013, il y avait environ 650 000 personnes âgées. Ainsi, pour un meilleur accès aux soins de santé de qualité pour les populations du secteur informel et du monde rural, voire réduire la pauvreté tant soit peu, la contribution des MS est le « motif par excellence invoqué par les protagonistes de la mutualité ». Parler donc de CMU demeure un véritable défi à relever.

⁷ - Il convient de préciser que selon l'OMS, « la personne âgée est définie comme étant celle qui a 65 ans et plus » (NDIONE, KONTE (coord.) 2013).

Les MS comme appui à l'accès aux soins de santé et comme axe dans l'atteinte de la CMU.

Pour que les MS puissent jouer leurs rôles dans l'accès aux soins de santé, il convient de non seulement veiller à la disponibilité des services de soins, mais aussi de les rendre abordable à toutes les couches de la société. Pour attirer plus de cotisants mutualistes, une des solutions serait certainement d'améliorer l'offre de soins, ce qui inclut l'accès géographique voire la subvention de l'offre de soins, etc. Quoique des améliorations aient été réalisées dans le secteur sanitaire, « *ces améliorations sont très localisées et relativement rares, les mutuelles de santé communautaires dans leur ensemble n'attirent pas plus de 6% de la population sénégalaise, et le nombre de cotisants par mutuelle dépasse rarement trois cents personnes* » selon FRINTZ (2014). Il aurait été donc trop tôt, selon Ibrahima DIONE (2013), en se référant sur l'expansion mutualiste, de dire que les MS constituaient un moyen probant contre l'inaccessibilité aux soins de santé et pour pallier les limites des systèmes de protection sociale. De toute évidence, à en croire Pascal N'DIAYE (2006), quoique les MS aient un impact encore limité, leur développement favorisant l'extension de l'assurance maladie en faveur des personnes exclues des systèmes de protection sociale institutionnalisés paraît incontestable.

Selon Raymond Massé (2001), la santé est pour certains États une des priorités ainsi qu'un bien, un patrimoine universel à préserver au prix de beaucoup d'efforts et de sacrifices. En effet, « *La santé est le lieu d'expression du développement social et économique, un marqueur fondamental de la richesse et du développement des nations [...] un levier du développement collectif autant que personnel* » (MASSÉ 2001 : 12). Les MS ne contribuent pas certes, forcément de manière directe au développement socio-économique, mais en permettant aux populations de se prendre en charge au plan sanitaire, elles leur permettent d'accroître leur capitale santé indispensable pour effectuer à bien un travail productif ou rémunéré.

Les dispositions prises et adoptées relatives à la mutualité de santé pour faire face à l'exclusion des systèmes de protection sociale institutionnalisés, permettront tant soit peu aux ménages pauvres de faire face à leur situation de pauvreté tout en espérant y sortir, et à ceux qui ne le sont pas, de ne pas basculer dans la pauvreté. Pour mieux apprécier l'évolution des MS et leur engouement, il convient de nous intéresser à leur historique, en Afrique de manière générale, et au Sénégal en particulier.

Alain LETOURMY (2000) distingue deux phases dans la genèse des MS sur le continent africain. La première phase correspond en gros à la décennie 1985-1995, et était

principalement marquée par des initiatives privées quoique limitées dans leur objectif mais engagées dans des conditions favorables. C'était le cas de la mutuelle des personnels de l'éducation et de la culture (MUTECH) au Mali mise en place par « *le Syndicat des enseignants (SNEC)* » en 1985 et qui avait pour but de répondre à deux besoins de ces fonctionnaires membres à savoir « *l'approvisionnement alimentaire et la perte de revenu des retraités* ». En 1990, un CS monté par ce corps professionnel était ouvert et constituait un modèle du mouvement des CS communautaires à Bamako. Au Sénégal, il y avait la mutuelle de l'état-major du Sénégal créée aussi en 1985. L'adhésion à cette mutuelle était obligatoire et avait pour but de compléter la couverture maladie assurée par l'État. En plus, les familles des cotisants étaient aussi couvertes par cette mutuelle pourvue que le passage se fasse dans un service de la médecine militaire. En outre, le village de Fandène est l'un des premiers où une mutuelle s'était implantée en milieu rural en 1994. Son initiateur fut un chirurgien (une des figures politiques locales) exerçant à la clinique St-Jean-de-Dieu qui est une formation privée à but non lucratif basée à Thiès au Sénégal. La mutuelle s'était constituée dans le but de permettre aux habitants de Fandène l'accès à cette clinique moyennant une cotisation assez modeste, et les mutualistes étaient pris en charge en tiers payant pour leurs hospitalisations médicales. La mutuelle bénéficiait d'un tarif préférentiel de la part de la clinique, et compte environ 2 000 bénéficiaires.

La deuxième phase s'observe dans la seconde moitié des années 1990. Elle est marquée par une vague de création de groupements, cette fois-ci plus ambitieux et dans un contexte où les partenaires au développement ont porté une attention aux MS. La volonté des partenaires de promouvoir la mutualité et leur ambition furent de grande échelle puisque les MS étaient vues comme une solution possible à la crise qu'a traversé le secteur de la santé en Afrique. Ainsi, en 1997, le BIT (Bureau International du Travail) avait lancé une vaste étude de recensement des mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre, tout en finançant la formation des futurs responsables des MS et avait apporté un soutien technique à ces groupements grâce à un guide de montage.

Quant à Valéry RIDDE (2012), le développement significatif mutualiste en Afrique de l'Ouest s'est observé depuis les années 1990. En 1997, 76 MS étaient réparties dans 11 pays ouest-africains ; en 2003 ce nombre s'est élevé à 366, et à 626 en 2006. Nous pouvons donc noter par là une certaine évolution.

S'agissant spécifiquement du Sénégal, la mutualité de santé dans sa formule communautaire est relativement récente. Certes, il y avait vers 1990 la création des unions

régionales de MS telle que : celle de Thiès en 1992, celle de Dakar en 1997 et un peu plus loin celle de Saint-Louis en 2004. Ces unions avaient pour but de renforcer la capacité opérationnelle des MS à travers la concertation, aux échanges d'expériences, à la collaboration parmi les mutuelles de la région. Il convient de préciser que ces unions sont qualifiées de structures internes d'appui. Quant aux structures externes d'appui, on peut citer les agences de coopération bi/multilatérale qui ont en général des actions très larges. La principale agence multinationale qui mène des actions en direction des MS est le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT. Le STEP est l'un des instruments opérationnels du BIT pour la mise en œuvre de l'extension de la protection sociale. Ces structures externes installées à Dakar pour la majorité, ont la possibilité d'étendre leurs actions sur l'ensemble du territoire. Les régions de Dakar et de Thiès concentrent la majorité de leurs interventions. Cependant, leur appui est plus technique que financier ou institutionnel alors que les MS ont besoin de tous ces appuis pour bien asseoir leurs missions. D'ailleurs, le Sénégal fait partie des 11 pays qui constituent le réseau de « Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique » appuyé techniquement et financièrement par 11 partenaires. Fonctionnant depuis 1999, ce réseau constitue un réseau de partage d'expériences, de compétences et d'informations sur le développement des MS.

L'historique des MS au Sénégal, selon le Ministre de la Santé (2004) est marqué par trois phases : avant 1994, c'est la phase de naissance des premières expériences mutualistes dont la création d'une MS par les travailleurs de la Société Commerciale du Ciment (SOCOCIM) en 1973, celle de l'armée sénégalaise en 1985, et celle de Fandène (Thiès) en milieu rural, en 1990, soit cinq ans après, (toutefois selon Alain LETOURMY (2000), c'est en 1994 qu'a été créée dans le village de Fandène l' « *une des premières mutuelles de santé en milieu rural* ») ; entre 1994 et 1998, c'est la phase de diffusion ; et enfin, la phase d'engagement depuis 1998. Concernant la dernière phase, il s'agit d'un engagement de la part des populations, des organismes de développement nationaux et internationaux vis-à-vis des initiatives mutualistes, ainsi que l'implication de l'État sénégalais par la création de la Cellule d'Appui aux MS, IPM et Comité de Santé (CAMICS).

En 1995, suite à un recensement effectué, un peu plus d'une dizaine de mutuelles étaient fonctionnelles. En 1997, selon le Ministère de la Santé (2004), on pouvait compter 19 MS fonctionnelles. En 2000, on est passé à 28 mutuelles et en 2003 à 79. En plus de ces mutuelles opérationnelles et répertoriées en 2003, 30 étaient en conception, 18 à l'état de projet et 9 en situation critique. Ainsi, en l'an 2000, des MS fonctionnelles étaient répertoriées à Dakar, Kaolack, St-Louis et Thiès. En 2003, presque toutes les régions du pays avaient enregistré des

initiatives mutualistes. En 2007, selon Alfred Inis NDIAYE (Dr.), Maymouna BÂ, Ramatoulaye NDAO et Ndiacé DANGOURA (2013), il existait 128 MS fonctionnelles, soit une croissance de 62% par rapport en 2003. Des MS avaient été recensées au niveau de toutes les régions du Sénégal en 2007, sauf à Matam. Et en 2011, il y avait 237 MS dont 217 MS communautaires et 20 mutuelles d'envergure nationale, selon le PSE (2014).

Parmi les régions du Sénégal en 2003, selon le Ministère de la Santé (2004), celle de Thiès comptait le plus de MS fonctionnelles avec 27 mutuelles. Sauf la MS des retraités de l'IPRES, ces mutuelles étaient du type communautaire. Cela peut s'expliquer par le fait que l'une des premières MS a été implantée à Fandène dans la région de Thiès et du fait que son initiateur fut une des figures politiques locales. La région de Dakar suit avec 23 MS principalement du type urbain. Par ailleurs, beaucoup de mutuelles corporatives étaient du type complémentaire. Les mutuelles communautaires constituaient le plus grand pourcentage avec 60% contre par exemple, 26% pour les mutuelles fondées sur les caisses d'épargne et de crédit. Celle de Kaolack comptait 8 mutuelles dont l'essentielle de ces mutuelles étaient du type communautaire. La région de Ziguinchor, quant à elle, comptait 3 MS fonctionnelles. Ce sont les MS comme celle de Kandé, celle des agents de développement et celle des enseignants du privé catholique. Par ailleurs, il y avait des MS en gestation comme celle de Kandialang, de Lyndiane et de Peyrissac. Deux étaient en projet à savoir la MS des enfants parrainés par l'ONG Christian Children's Fund (CCF) et celle de l'association des diabétiques de Ziguinchor. L'implantation des MS dans cette région s'était faite avec le soutien de l'ONG Prospective et Action Concertée pour le Territoire Emergent (PACTE) en synergie avec la RM. La région de Thiès et de Dakar concentraient en 2003, 60% de la totalité des MS ; et les régions les moins pourvues se trouvaient au sud du Sénégal à savoir Sédhiou et Kolda où on ne relevait pas de MS fonctionnelles (DIONE 2013).

De toute évidence, l'intérêt porté à l'égard des MS a sans doute précédé la prise de conscience de la crise qu'a connue le secteur public de la santé. L'IB avec ses grands principes : « décentralisation, promotion du médicament essentiel sous forme générique, mise en place du recouvrement des coûts et association des populations à la gestion des formations de santé », apporte un changement radical et profond quant à l'organisation et au fonctionnement du secteur public de la santé, en soutenant implicitement l'autonomie des formations de soins de santé, et par rapport au financement, l'introduction de la tarification. La MS comme appui contre l'exclusion aux systèmes de protection sociale et l'exclusion aux soins mérite d'être étudiée compte tenu des stratégies, perceptions et représentations sociales qui s'opèrent dans le cadre de la mutualité. Par rapport aux MS et aux structures faitières, leurs

principales ressources proviennent : des droits d'adhésion et de cotisations des bénéficiaires, les subventions diverses, les dons, les legs. S'agissant des dépenses de la MS, elles peuvent comprendre les différentes prestations dont bénéficient les membres participants et leurs ayants droit, ainsi que celles qui contribuent au fonctionnement de la MS.

III. Justification du sujet

Les MS deviennent de plus en plus un terrain d'étude privilégié. Cela témoigne l'intérêt que portent les sciences sociales envers ces « innovations sociales » pour tenter de les appréhender davantage dans leurs différents aspects. À vrai dire, l'engouement social que suscitent les MS un peu partout ne peut passer inaperçu pour les chercheurs intéressés par la problématique de la santé de manière générale.

Confrontées à d'innombrables obstacles pour accéder aux systèmes de santé et bénéficier des soins (les meilleurs dans la mesure du possible), les populations se mobilisent autour des MS. Il va de soi que des stratégies sont élaborées à différents niveaux que ce soit de la part des personnes affiliées, des promoteurs et des administrateurs des MS, des prestataires de soins, etc. Or, des soins de santé dépourvus de qualité entraînent frustration, compromettent les relations entre prestataires de soins et mutualistes et risquent d'influer négativement sur l'adhésion aux MS. Ainsi, cette étude vise à apporter sa contribution dans la connaissance des MS spécialement en rapport avec les perceptions et représentations sociales qui s'articulent autour des MS. Cela permettra d'exploiter peut-être d'autres voies pour améliorer le système mutualiste.

Comme toute recherche scientifique, nous nous sommes fixés des objectifs. Ces derniers nous permettront de savoir quoi chercher de façon claire et précise dans la mesure où ils constituent une direction, une ligne de conduite qui nous permettra de bien nous canaliser.

IV. Objectifs de l'étude

Un certain nombre d'objectifs ont été fixés dans cette étude en accord avec notre problématique et nos hypothèses.

Objectif principal :

Déterminer la contribution de la MS de la commune de Ziguinchor dans la prise en charge de l'état de santé des populations et voir les facteurs qui sous-tendent la pratique de la mutualité de santé dans cette commune.

Objectifs spécifiques :

1- Analyser les stratégies qui s'articulent autour de la prise en charge de l'état de santé des populations particulièrement celles relatives aux MS.

2- Déceler et appréhender la perception qu'ont les populations de la logique d'assurance ou de prévoyance maladie dont les MS se veulent d'offrir, ainsi que les représentations sociales qui influent sur la mutualité de santé.

3- Observer les interactions sociales qui découlent de la mutualité de santé et estimer l'intervention des différents acteurs dans le cadre de la mutualité de santé.

Après avoir défini les objectifs de notre étude, la question relative aux hypothèses mérite d'être évoquée. En effet, pour bien mener notre travail de recherche, un certain nombre d'hypothèses ont été conçues. Ces dernières seront d'ailleurs soumises à l'épreuve des faits sur le terrain.

V. Hypothèses de la recherche

Pour les besoins de cette étude, une hypothèse principale suivie de trois hypothèses spécifiques a été construite en lien avec la problématique et le modèle d'analyse. Ces différentes hypothèses feront l'objet d'une vérification sur le terrain d'étude.

Hypothèse principale :

Quand bien même la mutualité de santé constitue une belle initiative dans l'accès aux soins de santé, elle ne suscite pas pour autant l'adhésion de la part des populations ciblées.

Hypothèses spécifiques :

H 1 : La mutualité de santé constitue une stratégie pour les ménages notamment ceux exclus des systèmes d'assurance maladie ou des systèmes de protection sociale institutionnalisés afin de bénéficier d'un meilleur accès aux soins de santé supposés être de qualité.

H 2 : La mutualité de santé ne constitue pas une priorité pour les ménages aux ressources limitées devant la satisfaction des besoins sociaux quotidiens.

H 3 : L'orientation des populations dans la prise en charge de leur état sanitaire (adhérer à une MS ou s'abstenir de le faire, pratiquer le pluralisme médical, l'automédication, etc.) est

appréhendée à travers les perceptions et les représentations communautaires de la santé et de la maladie, et à certaines pratiques socio-culturelles.

VI. Conceptualisation

Dans cette étude, nous retiendrons comme principaux concepts : MS, santé, accès aux soins de santé, stratégie, représentation sociale et perception.

Mutuelle de santé :

Une MS est une organisation ou groupement volontaire de personnes basée sur des cotisations de leurs membres pour assurer une protection maladie à ces derniers⁸. Les MS dépassent la seule formule financement, puisqu'elles sont des entreprises d'assurance volontaire à caractère privé et à but non lucratif qui agissent comme gestionnaires de régimes d'assurance maladie ou de formations de santé, et dont les cotisants ont la latitude de participer aux prises de décisions (LETOURMY 2000). Elles ont pour principal objet « la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ».

L'assurance mutualise, c'est-à-dire, met en commun le risque de maladie. On lui associe une probabilité de perte monétaire pour la personne, suite à l'occurrence de l'événement indésirable, un événement dont l'incidence est imprévisible. Un contrat est établi préalablement entre assureur et assuré sur les termes d'indemnisation selon des conditions fixées par la garantie du contrat que propose l'assureur. Le mécanisme repose sur le besoin ressenti d'une personne de se protéger face au risque, et à la capacité de l'assureur de mutualiser les risques. Pour une meilleure mutualisation du risque maladie et une meilleure viabilité de l'activité, le nombre d'adhérents est fondamental. Par ailleurs, en général, « tout risque n'est pas assurable ». En outre, à vouloir se focaliser sur les gros risques, les populations risquent de perdre de vue l'utilité des primes d'assurance dans la mesure où ce genre de risque survient rarement. Or, les petits risques engendrent aussi plus de primes. Il faut donc bien communiquer sur les avantages et les désavantages des types de risques à couvrir dans les MS et être prêt à assumer les conséquences.

Par sa limitation au paiement direct des services et sa contribution face à la demande des formations sanitaires, la MS facilite l'accès aux soins tout en réduisant la vulnérabilité des

⁸ - La mutualité sociale est un « système de solidarité comprenant l'ensemble des mutuelles sociales et leurs structures faitières et assis sur les principes de solidarité, d'entraide et de prévoyance » (NDIONE, KONTE 2013).

populations et les situations qui peuvent entraîner des dépenses catastrophiques qui engendrent à leur tour la situation de pauvreté. Cependant, sa diffusion se heurte à des facteurs économiques, sociaux et politiques. Pour Slim HADDA et Florence MORESTIN (2006 : 427), « *Le seuil à partir duquel on considère que les dépenses deviennent catastrophiques varie. Carrin (2002) propose un seuil correspondant à 40 % du revenu déduit des dépenses alimentaires* ». D'ailleurs, c'est ce critère qui a été retenu dans le rapport de l'OMS d'où nous pouvons noter que : « *L'incidence de la catastrophe financière associée aux paiements directs des services de santé (c'est-à-dire la proportion de personnes qui paient chaque année de leur poche plus de 40% de leurs revenus, déduction faite des frais d'alimentation) peut atteindre 11% par an au niveau national et généralement plus de 2% dans les pays à faible revenu* » (ETIENNE, ASAMOA-BAAH (dir.) 2010 : 45 – 46).

Face à l'assurance maladie, on peut connaître des situations telles que la « sélection adverse » ou l' « anti-sélection » qui s'opère entre les bons et les mauvais risques, c'est-à-dire, entre les personnes plus sujettes à la maladie et les mieux portantes ; l' « aléa moral » qui découle du fait que le risque soit endogène au comportement de l'assuré ; et l' « asymétrie d'information et les relations d'agences ». Ce dernier aspect révèle la circulation de l'information entre trois pôles que sont le malade, le payeur et le médecin. Le médecin et le malade peuvent nouer une alliance tacite ou explicite au détriment de l'assureur ou entre les syndicats professionnels lorsqu'ils administrent les caisses de sécurité sociale et les syndicats médicaux. Ces trois « défaillances classiques » constituent les défaillances du marché assurantiel.

Pour LETOURMY (2006) la notion d' « *aléa moral* » pose problème puisqu'elle suggérerait qu'il y a des « *consultations médicales évitables et des consultations légitimes* ». D'ailleurs, pour pallier les conséquences pouvant découler de l' « aléa moral », les primes diffèrent selon les comportements face aux risques des assurés ce qui pose problème quant à l'accès aux coûts. Et lorsque le prestataire abuse l'acte médical à son profit (puisque cela lui rapporte plus de fonds), les économistes parlent de « demande induite de soins ». Ceci conduit l'assureur à disposer d'un médecin attaché au régime pour mener une suivie des actes et un contrôle médical.

Pour faire face à la « sélection adverse », l'assureur instaure ce que l'on appelle une « période de stage » ou « délai de carence » qui consiste à priver à l'assuré l'accès à la garantie pendant des mois bien que ce dernier honore sa prime ou cotisation. Pour la prise en charge des

grossesses, la « période de stage » est de 9 mois dans les mutuelles volontaires. D'autres mesures sont prises contre les personnes qui attendent la dernière minute pour adhérer à une assurance alors qu'elles avaient la possibilité de le faire. Ces dernières reçoivent un « ticket d'entrée » plus élevé. La puissance publique quant à elle, veille à limiter les contrats proposés selon les caractéristiques de santé des personnes demandeuses d'assurance. En outre, les personnes souffrantes de pathologies chroniques (dans les régimes d'assurance sociale) sont exemptées dans le paiement des soins, sauf pour les « pathologies intercurrentes », c'est-à-dire qui ne sont pas censées être liées à la pathologie chronique. C'est le cas en France des personnes bénéficiaires du régime d'Affection de Longue Durée (ALD). De manière générale, il est admis qu'une assurance totale est néfaste.

Quant à Bruno BOIDIN (2012 : 49), il définit « *la mutuelle de santé communautaire comme une mutuelle dont la gestion est assurée ou partagée par des usagers, usuellement dans le cadre d'un comité de gestion. Dans de nombreux cas, les mutuelles de santé communautaires ont été promues par les acteurs publics et ceux de l'aide internationale pour favoriser la prise en charge, au moins partielle, de la santé par les usagers, dans un contexte de rationnement des ressources* ».

C'est vrai que le « *rationnement des ressources* » dont vient de parler Bruno BOIDIN (2012) est une condition qui favorise le développement mutualiste surtout dans les pays dits pauvres ou en développement, mais qu'est-ce qui consolide ces mutuelles ? À ce propos, Alain LETOURMY (2000) nous édifie. Pour lui, « *les notions de solidarité et de prévoyance sont indissociables de la mutualité, au-delà même de son application à la santé* ». Ainsi, la BIT (2000 : 25) pour qui le principe de solidarité constitue le fondement de la mutualité donne cette définition: « *Une mutuelle de santé est une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire* ». De ces définitions, celle de Lucienne NDIONE et Saliou KONTE (2013 : 565) semble être la plus appropriée. Dans leur ouvrage, la MS est définie comme étant « *un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment :*

- *d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ;*
- *d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ;*

- *de faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ;*
- *de stimuler l'amélioration de la qualité des soins ;*
- *de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ;*
- *de promouvoir et de développer leurs propres services de santé ».* Les principes mutualistes sont la solidarité ; la liberté ; la démocratie et l'indépendance.

Ces mutuelles permettent donc aux populations d'accéder à des soins de santé supposés être de qualité dont il leur est difficile d'en bénéficier individuellement. Elles permettent aussi de consolider les mécanismes de solidarité via une plus grande concertation pour des inquiétudes communes ; tout en contribuant à la promotion des mesures préventives par l'éducation et la sensibilisation des populations.

Les MS jouent les fonctions d'intermédiation, c'est-à-dire, qu'elles collectent des fonds pour acheter des soins de santé. Elles jouent aussi les fonctions d'assurance, en ce qu'elles œuvrent à couvrir les risques financiers associés à la maladie pour leurs membres.

Santé :

Le paradigme de la santé a évolué tout au long de l'Histoire. Longtemps, elle a été définie suivant une perspective anatomique et organiciste comme « l'absence de maladie et d'infirmité ». Cette conception, quoique répandue demeure insatisfaisante. Il faudra attendre le 7 avril 1948 lors de la Constitution de l'OMS pour qu'elle soit définie comme : « *un état complet de bien-être physique, mental et social, assurant en l'absence de maladie ou d'infirmité un droit fondamental de l'être humain à accéder au niveau de santé le plus élevé possible* ». Ainsi, être bien dans son corps, dans sa tête et avec les autres, voilà ce qu'est la santé. En outre, une dimension spirituelle de plus en plus mentionnée vient étendre cette conception. Une telle définition de l'OMS s'appuie sur « une approche globalisante ou universelle ».

D'ailleurs, cette définition de 1948 de l'OMS est complétée par la Charte d'Ottawa du 21 septembre 1986 qui fonde la promotion de la santé. Cette dernière, loin d'être considérée comme « *une fin en soi* », doit être envisagée « *comme une ressource de la vie quotidienne permettant à l'individu et à la collectivité de « réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, d'une part, et d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci, d'autre part* »²⁸. » (MANNAERTS 2011 : 23).

S'agissant de la santé publique, l'OMS la définit en ces termes en 1952 : « *La santé publique a pour but de protéger et d'améliorer le bien-être des individus par le moyen d'une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé* » (ATCHADÉ 2013 : 10). Il apparaît dans cette définition l'importance de mettre en œuvre les conditions optimales en allant de la prévention au traitement des « fléaux sociaux » pour permettre à tout un chacun de bénéficier d'une santé « globale et positive ». Fidèle Kadoukpé AYÉNA (2012 : 316) pour sa part nous dit que « *La santé publique diffuse, avant tout dans les sociétés modernes, la philosophie du savoir-vivre à travers un modèle cohérent de comportements sanitaires à visées politiques homogènes dans le monde afin de préserver la santé collective et l'équilibre socioéconomique des espaces territoriaux* ». Ainsi, l'auteur soutient (dans le chapitre « La santé publique, entre politiques publiques et résistances culturelles », p. 251-327), que les projets de santé publique, que l'on se situe dans les pays développés ou non, font face à un défi compte tenu des réalités socioéconomiques et du contexte social prépondérant des spécificités culturelles locales. Face à cela, il suggère « *une action publique de démythification de certaines croyances populaires du sain et du malsain* ». Ainsi, pour favoriser la santé, des conditions préalables doivent être remplies comme la paix, la justice sociale, un logement décent, le fait de pouvoir subvenir à ses besoins fondamentaux, etc.

Mais que veut dire « bien-être physique, mental et social » ? Ce concept est-il opératoire dans toutes les réalités notamment celles africaines ? À ce propos, Ibrahima DIONE (2013 : 72 - 73) nous édifie lorsqu'il affirme qu'« *aujourd'hui le contenu du concept de bien-être doit être revisité non pas dans sa quête mais plutôt dans sa conception. Dans ce sens il faut le relativiser selon l'individu et son milieu socioculturel et économique et la vision que ce dernier a du bien-être. Il s'agit par conséquent de le détacher d'une standardisation des besoins humains suivant un ensemble de paramètres prédéfinis comme les organisations internationales le suggèrent dans les pays en développement. (...) le concept de bien-être doit être rattaché à un certain nombre de spécificités appliquées à une échelle plus fine en partant du micro local* ».

Une telle critique de ce qu'est ou doit être la santé selon l'OMS n'est pas nouvelle. Rappelons que déjà, en 2001, Denis-Clair LAMBERT (2001 : 28) évoquait trois critiques sur cette définition. Pour ce dernier, le premier élément « *bien-être complet* » est trop volontariste voire, n'est qu'une pure utopie ; le deuxième élément « *droit fondamental* » n'est que

l'expression d'une philosophie des droits de l'homme qui est d'ailleurs loin d'être partagé par les régimes non démocratiques ; et le troisième élément, « *le niveau de santé le plus élevé possible* » ouvre la voie à toutes les hypocrisies, les gouvernements se satisfaisant de l'état des lieux, et cela que l'on soit à Port au Prince ou La Havane. L'auteur retient une définition de la santé qui pour lui, semble être plus modeste. « *Une bonne situation sanitaire n'est pas l'absence de maladie ou l'acharnement thérapeutique à un très grand âge et la quête de l'immortalité, mais plutôt la maladie et l'infirmité soignées à temps et traitées par des praticiens compétents ; un individu en bonne santé est celui qui assume ses maladies et infirmités, cherche à les prévenir et les soigner à temps, et qui au terme du cycle des âges accède à la mort naturelle* ».

Pour notre part, cette définition reflète mieux la conception de la santé en rapport avec les MS. En effet, ces dernières permettent, en principe, à ses ayants droit de bénéficier des soins de santé à temps de la part des formations sanitaires avec lesquelles elles ont signé des conventions, et dont leurs compétences sanitaires semblent être estimées pour fournir des soins de santé de qualité, tout en jouant un rôle dans la prévention sanitaire.

Accessibilité aux soins de santé :

Tous les États sous la houlette d'organisations internationales à l'instar de l'OMS sont unanimes sur l'obligation d'instaurer une politique sanitaire rationnelle apte à satisfaire les besoins de santé des populations et à résoudre les inégalités dans l'accès aux services de santé.

C'est ainsi que le 2 mars 1998, l'assemblée nationale du Sénégal a adopté sous la houlette de la BM et de la coopération française, la réforme hospitalière sous forme de deux lois complémentaires à savoir la réforme hospitalière, et celle relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des formations sanitaires publiques. Son but était d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins, afin de permettre un accès équitable de l'ensemble des populations à un minimum de soins. Cependant, dix ans après cette réforme (selon les propos du ministre de la santé en poste, le Docteur Safiétou THIAM, recueillis par le journal Sud quotidien), le constat fait est que les hôpitaux sénégalais n'ont pas répondu aux attentes conformément à l'esprit et à la lettre de cette réforme (ATCHADÉ 2013). Quant à la « politique de lutte contre la mortalité maternelle », elle consiste à lever les obstacles (financiers, géographiques, etc.) liés à l'accès aux soins obstétricaux. Dans ce cadre, à partir de l'an 2000, la stratégie de délégation de compétences en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) a été mise en œuvre. En plus de cela, la

décision de rendre gratuit les accouchements et les césariennes a été adoptée afin de réduire le nombre de décès maternels et périnataux.

L'accessibilité aux soins de santé est la faculté, la possibilité voire le pouvoir permettant aux populations de bénéficier des prestations de soins (de qualité) dans les structures sanitaires en cas de besoin. Il comprend :

- L'accessibilité physique ou géographique qui prend en compte les facteurs : la distance ou la proximité, le temps de trajet, l'état des routes, les moyens de locomotion ;
- L'accessibilité selon les facteurs socio-économiques et financiers que sont : le revenu, l'éducation, le prix des prestations sanitaires, le pouvoir d'achat ;
- L'accessibilité selon les facteurs institutionnels que sont : la qualité des prestations de soins, les conditions d'accueil, les relations entre usagers et prestataires de soins (écoute, respect, communication), le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, la qualité du cadre, l'adéquation de l'information fournie ;
- L'accessibilité psycho-cognitive: expériences personnelles des personnes ou celles des autres, notamment des membres de leurs familles liées aux prestations des services de soins, la connaissance des prestations sanitaires offertes, la perception de la qualité des soins dispensés, la peur que les soins de santé puissent peser sur la famille;
- L'accessibilité socioculturelle : rapports qu'entretiennent les usagers avec l'espace physique et social des structures de soins, la religion (systèmes confessionnels), la cohésion sociale (solidarité familiale ou villageoise) ;
- L'accessibilité sociodémographique : sexe, âge ; etc.

Stratégie :

Le concept de stratégie est apparu dans les travaux de Michel CROZIER vers 1970, et formalisé dans *L'acteur et le système* (paru en 1977). Il peut être envisagé comme un ensemble de moyens qui sont mis en œuvre par un ou des individus pour aboutir à leurs fins. Ainsi, la stratégie n'est autre qu'un système de procédures employées afin d'aborder une tâche. Elle implique donc l'art d'organiser et de coordonner des opérations pour atteindre un but.

La stratégie, associée aux structures d'assurance dont les MS, Götz HUBERT, Jürgen HOHMANN et Kirsten REINHARD (2003 : 17) nous disent à ce propos : « *Les structures d'assurance doivent être considérées comme une stratégie supplémentaire, pas comme une alternative de financement exclusif. Comme les frais pour les services, elles doivent être considérées comme un moyen pour compléter le financement qui provient du budget public (Bennet, 1998) ».*

Ainsi, le fait d'adhérer ou non à un système de micro-assurance-maladie mutualiste pour anticiper le paiement des soins, de pratiquer le pluralisme médical dans le sens d'optimiser ses chances de guérison, de rendre plus performantes les formations sanitaires et par là d'améliorer la qualité des soins pour attirer plus la clientèle, de cotiser les primes d'adhésion pour les plus pauvres ou de cotiser une partie des primes pour les mutualistes, d'adhérer à un système de micro-crédit pour payer les primes d'assurance, de faire le couplage MS et micro-crédit, etc. sont autant de stratégies de l'acteur social.

Représentation sociale :

Le fait de représenter ou de se représenter équivaut à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet (une chose, un événement matériel, psychique ou social, une personne, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc.) réel, imaginaire ou mythique. Elle peut être considérée comme « *cette façon de rendre symboliquement présent à soi et à autrui tout ou en partie du monde en dehors du champ de la perception directe* » (DANTIER 2007 : 4). Pour Gustave-Nicolas FISCHER (1987 : 118): « *La R.S est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales* » (In : AKOUN, ANSART 1999 : 450). Et, Denise JODELET (1994) de préciser qu'« *Il n'y a pas de représentation sans objet* » (In : DANTIER 2007 : 7).

Les représentations sociales (dont les divers éléments sont constitutifs: croyances, attitudes, valeurs, informatifs, cognitifs, opinions, idéologiques, normatifs, images, etc.) sont des phénomènes complexes toujours activés et agissant dans la vie sociale au point d'être une « *totalité signifiante qui, en rapport avec l'action, se trouve au centre de l'investigation scientifique* ». Durkheim (1895) les appréhende comme des « *productions mentales sociales* » ; quant à Moscovici (1961), il insiste sur la spécificité de ces phénomènes dans les sociétés

contemporaines caractérisées par l'intensité et la fluidité des échanges et communications, y compris le développement de sciences, la pluralité et la mobilité sociale.

La communauté scientifique, quant à elle, s'accorde pour dire que la représentation sociale est « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (DANTIER 2007 : 7). Elle est également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel » pour la différencier de la connaissance scientifique. Cependant, tout comme cette dernière, elle est un objet d'étude légitime pour ne mentionner que son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle jette sur les processus cognitifs ainsi que les interactions sociales. En tant que « systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres », les représentations sociales « orientent et organisent les conduites et les communications sociales ». C'est donc dire que les représentations sociales influencent le fait que les populations adhèrent ou non à une MS, puisque comme le dit si bien Yannick JAFFRÉ (2006 : 12) : « *Si les populations n'ont pas toujours - loin s'en faut - « sanitaire raison » d'agir comme elles le font, elles n'agissent cependant pas sans diverses « raisons ».* Une première manière de comprendre les conduites des populations consiste à appréhender leurs modes d'interprétations des pathologies ».

Perception :

La perception est la « fonction par laquelle notre esprit se forme une représentation des objets extérieurs ». Elle reflète donc, dans une certaine mesure, l'appréciation qu'un individu a d'une chose. Elle est la résultante de nos sens, c'est-à-dire, de notre rapport avec le monde et les objets extérieurs qui nous entourent. Dans notre étude, il s'agira de voir les perceptions qui découlent de la mutualité de santé.

VII. Modèle théorique

Si certains aspects relatifs à la santé n'étaient pas pris en compte par certains chercheurs dans leur domaine de prédilection, ce qui a été le cas pendant longtemps lorsque la santé était estimée comme un domaine qui relevait uniquement de la médecine ; aujourd'hui, la réalité est tout autre. La santé constitue un carrefour où sociologues, anthropologues, économistes, géographes, juristes, politologues, pour ne citer que ceux-là, se mobilisent pour tenter d'aboutir à de nouvelles connaissances sur cet objet complexe qu'est la santé. Cela est d'autant plus nécessaire puisque la santé comporte beaucoup d'implications et touche presque tous les aspects de la réalité sociale.

Pour une meilleure compréhension et explication des réalités sociales, particulièrement celles relatives aux MS et à la santé de manière générale, des approches ont été élaborées. D'ailleurs pour certains, la théorie est considérée comme la voie royale qui mène à la connaissance. Dans cette étude, nous ferons appel à quelques théories conformément à nos préoccupations en tant que chercheur. Ces approches nous permettront de construire des explications sociologiques sur notre objet d'étude.

Étant donné que la santé et la maladie suscitent un discours ou du moins, une représentation qui prédispose l'orientation des individus dans leurs comportements, à en croire Denise JODELET (1994) : « *Il sera toujours bon, en tout cas, dans toute enquête utilisant questionnaires et entretiens pour recueillir des informations issus de l'univers mental des individus, d'avoir à l'esprit les problématiques concernant les représentations et les théories que leur usage met en jeu* » (In : DANTIER 2007 : 5). Il apparaît donc que l'étude des représentations sociales constitue une activité enrichissante. D'ailleurs, Denise JODELET⁹ nous dira plus tard que « *Lien logique, dans la mesure où les représentations reçoivent dans les sciences sociales un rôle prééminent dans le traitement social ou culturel des questions relatives à la vie corporelle, et dans la mesure où la maladie, signifiant social, fait objet de discours qui, variant en fonction de l'histoire et selon les insertions sociales et groupales des acteurs, donne sens et orientations aux pratiques privées et institutionnelles* » (JODELET 2006 : 11).

Quant à Alain LETOURMY (2000) il s'interroge sur les pratiques socio-culturelles des différentes communautés. Après avoir soutenu que la solidarité en Afrique répond à des critères notamment sociaux des communautés définies, donc qu'elle n'est pas aussi étirable, il s'interroge sur la « *pertinence culturelle du concept* ». Pour lui, il convient d'interroger les pratiques sociales qui ne s'accordent pas spontanément avec les notions de prévoyance et de solidarité. Cependant, le développement des MS ne doit pas être déterminé par des « *dispositions culturelles figées* », nous précise-t-il. La réponse résiderait surtout au niveau de la capacité des leaders qui portent les mutuelles, l'effet tangible de leur apport dans les brefs délais, le nombre de personnes qui cotisent régulièrement, la qualité des prestations de soins, etc.

⁹ - « *Cet article avait pour but d'attirer l'attention sur l'importance de réintroduire la dimension culturelle dans l'approche des phénomènes étudiés par la psychologie de la santé* » (JODELET 2006 : 34).

Dans cette étude, nous nous focaliserons sur le caractère pratique des représentations sociales¹⁰ (orientation vers l'action, ainsi que la gestion du rapport au monde pouvant s'expliquer par « l'intervention spécifiante des valeurs et codes collectifs, des implications personnelles et des engagements sociaux des individus »). De ce fait, pour comprendre comment les perceptions et représentations communautaires parviennent à orienter les populations dans la prise en charge de leur état de santé (adhérer à une MS ou s'abstenir de le faire, pratiquer le pluralisme thérapeutique, l'automédication, etc.) partant de leur vécu ou de leurs expériences singulières ou collectives, et dans le but de mieux appréhender les logiques qui sous-tendent les pratiques mutualistes, nous ferons appel à l'approche « émique » (« emic ») qui s'inscrit selon le point de vue de l'observé (« *regard intérieur* ») pour comprendre sa perception de la réalité sociale ou ses émotions, et celle « étique » (« etic ») qui se rapporte du point de vue de l'observateur, ses catégories et son cadre de référence (« *regard extérieur* ») (OMS 2002)¹¹. Selon Denise JODELET (2006 : 23) : l'approche « emic » est « *similaire à celle de l'ethnoscience et de l'anthropologie culturelle, examine un système culturel du propre point de vue de ses membres. Son but est de trouver des unités d'analyse indigènes pour atteindre une compréhension systématique de sa structure. L'approche « etic » vise à établir un modèle universel d'un phénomène à partir de théories et méthodes établies à l'avance par le chercheur, et basées sur un critère absolu et standardisé (Berry, 1993)* ». Dans le cadre de cette étude, ces deux approches (« émique » et « étique ») sont complémentaires.

Par ailleurs, pour prendre en charge leur état de santé, plus exactement, pour maximiser leurs atouts face aux contraintes auxquelles les populations sont soumises (faiblesses du système de santé, ressources financières limitées pour accéder aux soins surtout de qualité, etc.),

¹⁰ - Il faut signaler que nous n'avons pas trouvé lors de notre recherche documentaire beaucoup d'ouvrages qui abordent la question des représentations sociales dans le cadre des MS. D'ailleurs, le seul mémoire que nous ayons pu trouver est celui d'Henri Modiane Amad SARR (2007). Dans son mémoire, l'auteur considère les MS comme l'expression objective d' « *un idéal légitimé par les religions et les bonnes valeurs que recèle en abondance la culture négro-africaine* ». En effet, pour lui, les motivations personnelles influent moins sur les pratiques mutualistes que les représentations sociales en cours dans la société.

¹¹ - Comme préciser dans ce document, la raison d'être de ce dernier consiste à aborder les méthodes de recherche sociale utilisées dans l'étude des maladies tropicales, compte tenu de l'utilité affirmée de ces méthodes pour l'amélioration des systèmes de santé dans les pays tropicaux.

ces dernières recourent à des stratégies¹². Ainsi, pour appréhender les stratégies dont font appel les populations pour prendre en charge leur état de santé ainsi que les relations de pouvoir, particulièrement celles ayant trait aux MS, nous allons nous référer à l'analyse stratégique et systémique de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG. Selon cette approche, l'acteur social est doté de motivations ainsi que de logiques rationnelles, autrement dit, des compétences stratégiques lui permettant d'adopter telles ou telles conduites qui lui sont favorables. Ce programme retient trois postulats concernant l'acteur social (individuel ou collectif) : a) il est rationnel (rationalité limitée), b) il a une certaine marge de manœuvre, donc une certaine liberté d'action, et c) il est stratège. De ce fait, lorsque Alain LETOURMY (2000 : 234) soutient que : « *Tel chef de famille jugera plus important de pouvoir couvrir les frais de deuil, de naissance, de mariage que de pouvoir payer pour se soigner* », ou plus exactement, anticiper le paiement des soins, nous pouvons voir cet acte comme une stratégie dotée de rationalité de la part de cet acteur social. Cette démarche nous permettra aussi de mettre en évidence, selon Michel FOUDESIAT (2011), ce que les acteurs « *disent et pensent de leurs comportements, des pratiques, des interactions avec d'autres* ».

Étant donné que les acteurs agissent sur les choses en fonction du sens que ces dernières ont à leurs yeux, et même, que ce sens découle de l'interaction de chacun avec autrui, et que c'est dans cette dynamique mise en œuvre par chacun dans le traitement des objets rencontrés que ce sens est manipulé et modifié (BRICHET 2007 : 80); nous ferons appel à l'interactionnisme symbolique (expression que l'on doit à Herbert BLUMER) pour appréhender les interactions ainsi que les dynamiques qui découlent effectivement des attitudes et comportements stratégiques des différents acteurs. Le chapitre qui suit, est consacré à la démarche méthodologique retenue dans le cadre de cette étude.

¹² - Ainsi, Maymouna BA (2004), dans son mémoire étudie les stratégies que mettent en œuvre la MS « Wérwerlé » notamment par le couplage « mutuelle de santé / mutuelle de crédit ».

CHAPITRE 2 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie est constituée d'un « *ensemble de méthodes et de pratiques codifiées qui ont pour but d'assurer la validité du raisonnement* » (ALPE, BEITONE, DOLLO et al., 2007). Elle peut être envisagée comme un ensemble de procédés qui mènent vers un but ou un certain résultat. En sciences sociales, elle permet d'accéder à la connaissance scientifique. C'est donc dire que la recherche sociologique doit faire recours à un certain nombre de procédures scientifiques. En effet, la méthode¹³ dicte de façon pratique la manière dont la recherche est ou doit être organisée. En sociologie, quoiqu'on distingue principalement deux grandes méthodes (à savoir celle qualitative et celle quantitative), nous allons faire appel dans cette étude à des techniques de collecte de données qui relèvent de l'approche qualitative. Cette approche semble être la plus indiquée conformément à nos hypothèses et à nos objectifs de recherche. Et comme le dit si bien Éric SAVARESE (2006 : 8) : « *La précaution est fondamentale : s'il n'y a probablement pas de « bonnes méthodes », seules de bonnes enquêtes sont susceptibles d'améliorer la connaissance de nos sociétés* ».

Dans ce chapitre, nous verrons le cadre de notre étude, les méthodes convoquées pour la collecte des données dans une approche qualitative, bref, de la stratégie de la recherche dans sa globalité.

I. Travail exploratoire

Il s'agit ici de faire le parcours de la recherche documentaire, d'évoquer les difficultés rencontrées au cours notre enquête, et de faire part des entretiens exploratoires.

1. Recherche documentaire

Notre recherche documentaire s'est opérée à deux niveaux. Au niveau interne ou local, nous nous sommes rendus au niveau de la bibliothèque de notre université, de la bibliothèque de l'alliance franco-sénégalaise de Ziguinchor, et nous avons acheté quelques ouvrages généraux disponibles dans les librairies en rapport avec notre objet d'étude. Nous avons également téléchargé des documents disponibles sur internet notamment dans "Les classiques des sciences sociales" de Jean-Marie Tremblay, sur Google Scholar, sur Cairn info, sur Persée, etc.

¹³ - Le terme « méthode » est compris ici comme un dispositif spécifique de recueil des informations ayant pour but de tester nos hypothèses de recherche.

Au niveau externe, nous nous sommes rendus à Dakar (la capitale du pays) puis à St-Louis (ancienne et première capitale du pays). Nous avons mené nos recherches au sein de la bibliothèque centrale de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), et nous avons demandé à consulter quelques thèses de mémoire. Nous avons aussi pu nous rendre dans certaines structures comme Enda-Tiers Monde, CODESRIA (Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique) grâce à l'aide de nos professeurs de l'université Assane Seck de Ziguinchor (UASZ) qui nous ont facilité l'accessibilité. Nous nous sommes également rendus à Clair Afrique où un étudiant parmi nous a pu acheter un ouvrage malgré sa cherté. Suite aux suggestions du Dr Fatoumata HANE, nous nous sommes rendus au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) pour consulter leur bibliothèque. En outre, nous nous sommes rendus au ministère de la santé (grâce aux relations que nous a fournies notre directrice de mémoire), à Enda Santé et au niveau de l'agence de la CMU à la quête d'autres informations utiles. À St-Louis, nous nous sommes rendus sans tarder au niveau de la bibliothèque de l'université Gaston Berger (UGB). Après y avoir mené quelques recherches, nous nous sommes rendus au niveau de la salle de documentation.

La recherche documentaire que ce soit au niveau interne et externe, s'est terminée dans l'ensemble de manière satisfaisante. Aucun d'entre nous ne pouvait certainement prétendre pouvoir accéder à une telle documentation s'il était resté à Ziguinchor. Cette recherche documentaire nous a permis de bien nous documenter par rapport à notre objet d'étude et d'augmenter notre connaissance sur la mutualité.

2. Entretiens exploratoires

Dans le cadre de notre recherche documentaire, nous avons fréquenté des structures qui traitent des aspects de notre objet d'étude. Nous avons saisi cette opportunité pour nous entretenir avec des personnes ressources (notamment du Ministère de la santé, de l'agence de la CMU et de la Direction Générale de l'Action Sociale / Ministère de la Santé et de l'Action Sociale). Tous les sièges de ces différentes structures se trouvent à Dakar. Ces discussions fécondes relatives à la mutualité de santé et les questions de santé de manière générale, nous ont aidées à mieux comprendre des aspects relatifs à la MS, tout en nous donnant des orientations pertinentes pour bien mener notre travail de recherche. Lors de ce travail exploratoire, nous avons pu nouer des relations qui nous ont facilité la recherche.

II. Cadre d'étude

Le sud du Sénégal est marqué par le phénomène de la pauvreté qui se traduit par une difficulté plus aigüe des populations de cette partie du pays à accéder à des systèmes sociaux et aux infrastructures de base. Une telle situation ne relève point de l'ex-nihilo, mais essentiellement de deux facteurs handicapants que sont la crise casamançaise (insécurité) et l'enclavement. Ces facteurs expliquent principalement pourquoi la région de Ziguinchor née de la réforme administrative de juillet 1984 (scission de l'ancienne région de la Casamance en deux régions que sont la région de Kolda et celle de Ziguinchor), et par extension la Casamance, enregistre des taux élevés de pauvreté. Selon le *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal – Banque Mondiale 2006* (In : DIONE 2013), le taux de pauvreté des régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor s'élevait à 67%. Ce taux constituait le plus élevé taux de pauvreté du pays comparé par exemple à Dakar qui avait enregistré le plus faible taux (34%). Pour faire face à cet état de privation qui détériore les conditions de vie des populations et aggrave les inégalités tant sur le plan économique que sanitaire, ces dernières comptent sur l'assistance des pouvoirs publics et sur la solidarité communautaire. En l'absence de cet appui, des pratiques telles que la violence et la délinquance, la mendicité, le travail des enfants (activité économique menée par les jeunes de moins de 15 ans), la violence faite aux enfants, la prostitution, la dégradation de l'environnement, etc., risquent de s'exacerber (DSRP 2006). La situation de pauvreté limite aussi l'accès des populations à une nourriture équilibrée (pour faire face à la malnutrition), l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, etc., accroît la vulnérabilité et la vulnérabilité à son tour renforce la pauvreté. Les zones rurales sont les plus touchées.

Le recensement de décembre 2013 de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)/Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE) révèle que la région de Ziguinchor (constituée par trois départements à savoir Bignona, Oussouye et Ziguinchor) compte 549 151 habitants, et qu'elle est l'une des régions où l'on observe un plus faible niveau d'activité (45 individus sur 100 en âge de travailler sont actifs). La faiblesse de l'activité s'explique par les taux de chômage relativement élevés. Quant à la commune de Ziguinchor, les données de 2013 de l'ANSD/Service Régional de la Statistique et de la Démographie (SRSD) de Ziguinchor relatives au recensement révèlent que 205 294 personnes habitent la commune, soit 104 216 hommes et 101 078 femmes. Ces données montrent qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans la commune de Ziguinchor.

Le système de santé sénégalais étant du type pyramidal, l'offre de soins dans la région de Ziguinchor suit l'architecture de la pyramide sanitaire. Nous avons d'abord les hôpitaux le niveau de référence, ensuite les CS le niveau intermédiaire et enfin les PS le niveau périphérique.

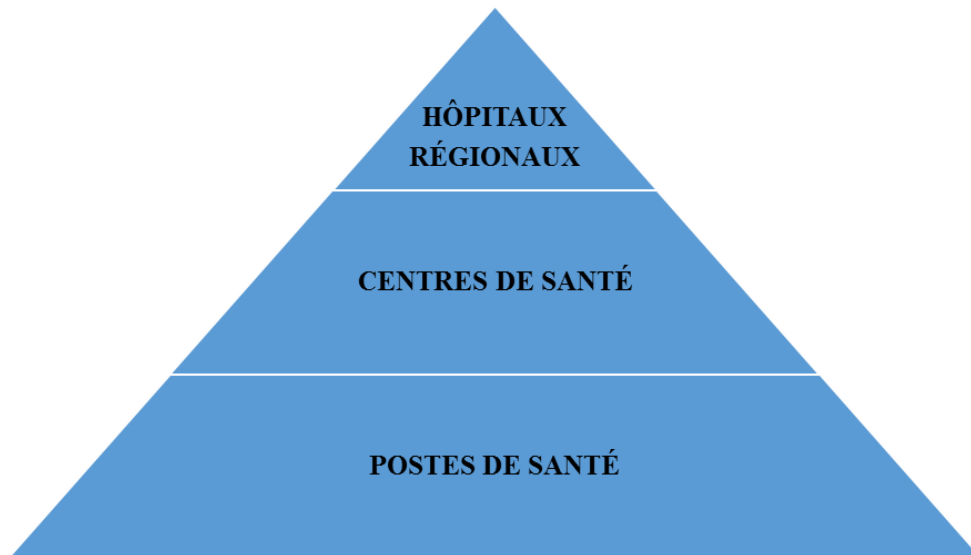


Figure 1 : Pyramide de l'offre de soins dans la région de Ziguinchor

Le secteur privé, la médecine traditionnelle et les cases de santé (au niveau communautaire) complètent l'offre de soins. La région compte au niveau intermédiaire une RM qui « est chargée d'une mission permanente d'information et de coordination technique des structures sanitaires, de synthèse et de gestion administrative du personnel ». Elle comptait 5 CS, 12 dispensaires privés catholiques, 83 cases de santé et 99 PS, selon l'ANSD/SRSD de Ziguinchor (2013). Par rapport aux normes de l'OMS sur la desserte médicale, nous avons un hôpital pour 356 721 habitants alors que la norme de l'OMS est d'un hôpital pour 150 000 habitants. Pour les PS, la norme de l'OMS est d'un PS pour 10 000 habitants alors que dans la région, nous avons un PS pour 7 206 habitants. Pour les cases de santé, nous avons une case de santé pour 142 688 habitants ce qui constituait largement le double de la norme de l'OMS qui est d'une case de santé pour 50 000 habitants. Le personnel de santé était dominé par les infirmiers d'État (32%), suivaient les sages-femmes (13%), les aides infirmiers (9%) et les médecins (8%) (ANSD/SRSD 2013 : 39). Les spécialités telles que les techniciens supérieurs d'orthopédie et d'ontologie restaient très rares. Il y en avait un pour chacune de ces différentes

spécialités. Toutefois, l'intervention des travailleurs sociaux, des matrones et des Agents de Santé Communautaires (ASC) dans le cadre de l'appui et de l'assistance au personnel spécialisé avait apporté son concours. Par rapport à la densité médicale ou la couverture en personnel de santé, des efforts sont aussi à fournir. Le ratio dans la région était d'un médecin pour 10 000 habitants alors qu'il est d'un médecin pour 5 000 habitants selon la norme de l'OMS. Pour les infirmiers et agents sanitaires ainsi que les sages-femmes, les effectifs ne permettaient pas de satisfaire les normes de l'OMS. Pour favoriser la santé des populations, l'État a mis en place une politique d'hygiène publique (ainsi que des équipements sanitaires) qui est assurée par la brigade d'hygiène au plan régional.

Dans la lutte contre les maladies et promouvoir la bonne santé des populations, la région de Ziguinchor, tout comme d'autres régions du pays, bénéficie de certains programmes de santé. Il s'agit par exemple du programme élargi de vaccination, du programme de lutte contre le paludisme, du programme de lutte contre la tuberculose et du programme de lutte contre le sida. À cela s'ajoutent des mesures de surveillance des maladies à potentiel épidémique.

Notre terrain d'investigation sociologique couvre la commune de Ziguinchor. Ce choix s'explique avant tout en matière de proximité ou d'accessibilité. Étant donné que nous habitons dans cette commune, nous la maîtrisons mieux qu'une autre, et nous pouvons tirer avantage des relations que nous avons tissé pour faire avancer notre enquête, et lever certaines contraintes. Du point de vue infrastructurel, l'hôpital régional ainsi que le CS (appelé aussi hôpital silence) qui sont des structures sanitaires renommées et très fréquentées, se trouvent dans la commune de Ziguinchor. En plus, c'est une commune pluriethnique. Cette coexistence ethnique, voire ce brassage socio-culturel, et sa diversité sur le plan socio-économique, bref, les caractéristiques de cette commune font qu'elle constitue un terrain d'étude privilégié.

Alors que la commune de Ziguinchor comptait 26 quartiers (avant leur extension) qui étaient impliqués dans le processus de mise en place de la MS de la commune, notre enquête à couvert 28 quartiers de la commune, à savoir : Kandialang, Dièfaye, Boucotte-Sindian, Kénya, Kandé-Sibinck, Kobitène, Djibock, Tiléne, Boucotte-Sud, Kandé, Diabir, Place de Gao, Biagui-I, Boucotte-Centre, Goumel, Peyrissac, Correntas, Boudody, Kandé-Alassane, Belfort, Néma I, Néma II, Léona, Château d'eau, Kadior, Alwar, Santhiaba et Castor. Il n'y a pratiquement pas de raisons spécifiques qui justifient le choix de ces quartiers à part que nous l'avons fait dans un souci d'hétérogénéité, afin d'avoir des sources d'information différentes, selon les zones d'habitat.

Par rapport au choix de la MS de la commune de Ziguinchor, aucun problème ne s'est posé puisque lorsque nous avons débuté notre étude, elle était la seule MS communautaire fonctionnel au niveau de la commune. En plus, par rapport à certaines MS des autres communes, celle de la commune de Ziguinchor est solide, et enrôle beaucoup de bénéficiaires, selon les propos du président de l'Union Régionale des MS (URMS). Ce dernier soutient également que nous étions le premier étudiant en cycle de master avec qui il a travaillé dans le cadre d'une enquête en rapport avec la MS.

III. Approche qualitative

C'est une démarche qui permet de recueillir des données non statistiques, autant dire, non quantifiables ou mesurables, et par conséquent, ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Il existe plusieurs techniques de collecte de données qualitatives. Compte tenu du fait que chaque méthode revêt des caractères singuliers sur la réalité sociale, nous allons procéder à une « triangulation » (ou croisement) des méthodes dans une dynamique de pouvoir mieux cerner notre objet d'étude sous ses différents aspects. Ainsi, nous allons utiliser comme technique de collecte de données : l'analyse documentaire, l'enquête par entretiens et l'observation.

1. Recueil et analyse des données secondaires et documentaires

Pour bien cerner notre objet d'étude, en plus des observations directes et des entretiens que nous avons menés, nous avons opté pour la technique du recueil des données secondaires et documentaires dans une optique de triangulation des données (analyse des documents de forme littéraire de différentes sources). Il s'agit particulièrement des documents imprimés ou non, officiels ou privés, personnels ou émanant de l'organisme en question, des rapports de réunions, des rapports annuels, des documents d'archive, les bases de données, etc., des structures qui sont concernées par notre étude. Cette technique comporte des avantages puisque les données existent déjà. Le chercheur pourra donc se concentrer sur leur analyse proprement dite afin d'économiser son temps ou son argent. Cependant, l'accès aux documents pose des fois un problème. En outre, étant donné que les données ne sont pas recueillies par le chercheur lui-même selon ses propres critères, ce dernier doit normalement les manipuler de telles sortes qu'elles puissent se présenter sous les formes requises pour la vérification des hypothèses sans altérer les caractères de fiabilité qui ont soigneusement justifié l'utilisation de ces données. Pour la méthode d'analyse des informations, nous avons opté pour l'analyse de contenu. C'est cette méthode d'analyse qui a été retenue pour analyser et traiter les informations recueillies sur le terrain.

L'analyse de contenu à l'avantage d'offrir au chercheur la possibilité de traiter avec méthode des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, tout en permettant un contrôle ultérieur du travail de recherche. Cette méthode est pertinente pour l'analyse des systèmes de valeurs, des représentations et des aspirations ; pour l'analyse de stratégies, des enjeux d'un conflit, des interprétations d'un événement et pour la reconstitution de réalités passées immatérielles (mentalités, sensibilités, etc.).

Il existe différentes catégories de méthodes d'analyse de contenu avec quelques variantes pour chacune d'elles (QUIVY, CAMPENHOUDT 2006). Pour les besoins de notre étude, nous utiliserons :

- les analyses thématiques (qui nous permettront effectivement de mettre en évidence les représentations sociales des locuteurs partant de l'examen de certains éléments que contient le discours) avec comme méthode précise, l'analyse catégorielle (qui consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques ou thématiques regroupées en catégories significatives). L'analyse catégorielle part du principe que la caractéristique la plus fréquemment évoquée par le locuteur est l'indice qu'elle est importante pour lui.

- les analyses formelles (basées sur « les formes et les enchaînements du discours ») sous ses deux composantes (méthodes) que sont l'analyse de l'énonciation et l'analyse de l'expression. Pour la première composante, il s'agit pour le chercheur de se pencher sur le développement général du discours, les répétitions, l'ordre de ses séquences, etc. Pour la seconde composante, elle se base sur la forme de la communication (vocabulaire, ordonnance des mots, l'étendue de l'expression, etc.) et révèle l'état d'esprit de l'interlocuteur, voire ses orientations idéologiques.

2. Enquête par entretiens

C'est une technique de collecte d'informations orales qui engendre une situation de face-à-face entre l'enquêteur et son interlocuteur ou interviewer (interaction sociale) dans le cadre d'un entretien non collectif, au cours de laquelle est recueilli le discours de l'interlocuteur « *prononcé in situ, et, de ce fait, la situation d'enquête conditionne à la fois la réalisation de l'entretien et l'interprétation du matériau recueilli* » (SAVARESE 2006 : 11). En outre, tout comme le questionnaire, nous précise SAVARESE (2006), « *il correspond alors à un outil de médiation entre le travail théorique et sa mise à l'épreuve empirique* ». Comme le dit si bien Serge PAUGAM (2008 : 88) : « *Les informations qui en ressortent dépendent, au moins partiellement, des attitudes et des stratégies développées par les deux partenaires en relation : l'enquêteur et l'enquêté* ». C'est donc dire que cette relation d'enquête n'est pas neutre, donc

implique pratiquement et inévitablement un biais. L'enquête par entretiens comporte des avantages et des inconvénients dont en voici quelques-uns :

✓ Avantages de l'enquête par entretiens :

- offre à l'interlocuteur plus de liberté d'expression que l'enquête par questionnaire.
- offre à l'interlocuteur la possibilité de témoigner et de passer d'un espace privé ou intime à une sphère publique.
- permet de connaître les interrogations que se posent les acteurs sociaux eux-mêmes.
- permet de connaître les motivations individuelles et le sens que les acteurs donnent à leurs actions ou pratiques.

✓ Limites de l'enquête par entretiens :

- distance culturelle entre l'enquêteur et son interlocuteur pouvant engendrer la méfiance, ainsi qu'une interrogation sur la finalité de ce qui est recherché.
- décryptage de l'information selon ce que l'interlocuteur a envie de faire entendre l'enquêteur, et tenir un « discours de circonstance ».
- mise en scène de soi pour ne pas perdre la face devant l'enquêteur.

Pour les besoins de notre étude, nous avons utilisé l'enquête par interview qui sied dans le cadre d'une enquête expérimentale comme la nôtre puisque le but est de vérifier des hypothèses. À cette fin, nous avons opté pour des entretiens semi-directifs qui conviennent particulièrement dans une situation de vérification et d'approfondissement. Cette dernière, à en croire Éric SAVARESE (2006 : 12) « peut déboucher sur l'extraction des principales catégories de pensées de l'enquêté, voire sur les éléments clefs de sa biographie ou sur l'élaboration de récits de vie plus ou moins exhaustifs ». À cet effet, nous avons réalisé trois guides d'entretien plus ou moins structurés qui comportent les thématiques suivantes conformément à nos besoins d'étude.

Pour les bénéficiaires ou non de la MS, nous avons retenu quatre thématiques générales que sont :

- Présentation de l'interlocuteur
- MS et prise en charge de l'état de santé des populations
- Perceptions et représentations sociales autour des MS

- Contraintes et recommandations

Pour les administrateurs de la MS, les promoteurs, les partenaires techniques et autres acteurs impliqués dans le processus de la mutualité de santé, nous avons dégagé six thématiques générales que sont :

- Présentation de l'interlocuteur et parcours socioprofessionnel
- Présentation de la structure
- MS et prise en charge de l'état de santé des populations
- Perceptions et représentations sociales autour des MS
- Collaboration et partenariat dans le cadre de la mutualité de santé
- Contraintes et recommandations

Pour les prestataires de soins de santé, nous avons retenu cinq thématiques générales que sont :

- Présentation de l'interlocuteur et identification de la structure
- Contribution dans la prise en charge de l'état de santé des populations
- Perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie articulées à la mutualité
- Collaboration et partenariat dans le cadre de la mutualité de santé
- Contraintes et recommandations

Ces différentes thématiques nous ont permis de recueillir des données idoines qui nous ont servi dans l'analyse afin d'apporter des éléments de réponse à nos interrogations. En ce qui concerne la technique d'échantillonnage, nous avons opté pour le principe de saturation empirique (collecte d'informations redondantes avec celles déjà rapportées). Cette technique est opérationnelle dans la mesure où elle nous indique le moment auquel nous pouvons arrêter la collecte des données, tout en nous permettant de généraliser les résultats à l'ensemble de l'univers de travail auquel appartient le groupe analysé. En outre, nous avons également tenu des entretiens informels.

3. Observation directe

L'observation directe est utilisée dans cette étude comme une complémentarité de l'entretien. Elle nous permet d'analyser des scènes sociales et des processus sociaux. C'est une méthode au sens strict du terme qui est basée sur l'observation visuelle. Cette méthode a l'avantage de capter les comportements des acteurs au moment où ils se produisent (comportements et événements sur le vif), sans l'entremise de données secondaires, et de faire une analyse du non verbal et de ce qu'il révèle. Elle nous permet aussi de saisir les

comportements des acteurs dans leur relative authenticité par rapport aux paroles et aux écrits. « *Quel que soit le type d'enquête qu'il mène, le sociologue est un observateur. [...]. Il continue de faire preuve de curiosité et d'étonnement chaque fois qu'il fait l'expérience d'un milieu social ou professionnel qu'il connaît peu ou qu'il rencontre des personnes dont l'attitude ne lui est pas familière. De même, les faits les plus inattendus ou les expériences les plus insolites peuvent être à l'origine d'un questionnement nouveau susceptible de se traduire ensuite par une interrogation sociologique plus systématique. Á la limite, le sociologue ne s'arrête jamais vraiment d'observer, [...]* » (PAUGAM 2008 : 77 – 78)¹⁴. Cependant, des problèmes de prise de notes peuvent se poser des fois, et puisque la mémoire est sélective, des données d'observation peuvent se perdre.

Nous concernant, nous avons fait appel aux « observations sociologiques » qui nous ont permis d'appréhender les « systèmes de relations sociales », ainsi que les « fondements culturels et idéologiques qui les sous-tendent » dans une posture d'enquête « à découvert ». Un tel procédé (enquête « à découvert ») nous donne une plus grande autonomie pour créer toutes les opportunités utiles à notre enquête, de compléter nos observations par des renseignements (questionnement direct, consultation de dossier ou d'archives). Par contre, une telle manière de procéder peut modifier les comportements observés avec la réalité.

Pour nous guider dans cet exercice, nous avons conçu à cet effet une grille d'observation pas trop détaillée qui se présente comme suit :

- Interactions sociales et rapport sociaux des acteurs observés ;
- Comportements des personnes observées ainsi que le contexte qui les sous-tend (et qui cristallisent des systèmes de communication et de hiérarchie) ;
- Effets que produisent ces comportements ;
- Flux et importance numérique des personnes dans les structures observées ;
- Traits ou phénomènes culturels des groupes étudiés ;

¹⁴ - Dans son ouvrage, l'auteur montre que l'observation « *peut être de nature informelle et imprévue chaque fois qu'une situation nouvelle ou originale se présente* ».

- Organisation spatiale des groupes observés.

Nous avons appliqué cette méthode sur le terrain d'enquête au moment de nos entretiens dans des structures telles que le siège de la MS, le district sanitaire, la RM, l'URMS, et au cours de nos entretiens avec les populations (bénéficiaires ou non de la MS).

4. Traitement des données recueillies

Les informations recueillies lors de nos entretiens ont fait l'objet d'un tri. Ce sont celles qui sont les plus pointues ou significatives qui ont été retenues. Ensuite, ces données ont fait l'objet d'une synthèse partant des thèmes évoqués qui nous ont permis de dégager des conclusions pratiques initiales. Enfin, pour l'analyse des données, nous avons opté pour l'analyse de contenu dont :

- l'analyse catégorielle qui est une méthode qui relève des analyses thématiques comme évoquer précédemment.
- les deux méthodes des analyses formelles que sont l'analyse de l'énonciation et l'analyse de l'expression. Tout comme l'analyse catégorielle, ces deux variantes de l'analyse de contenu ont été bien explicitées précédemment.
- l'analyse lexico-sémantique qui nous a permis de saisir la signification du discours des interviewers en contexte afin de le rendre intelligible.

IV. Population d'étude

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux bénéficiaires (adhérents et personnes prises en charge) ou non de la MS de la commune de Ziguinchor. Toutefois, nous avons interrogé plus d'adhérents de la MS que de personnes prises en charge puisque les adhérents supportent à la fois le coût du carnet et celui de la cotisation annuelle ou semestrielle, alors que les personnes prises en charge supportent uniquement le coût de la cotisation. Pour les non bénéficiaires de la MS, nous avons ciblé les personnes (notamment les chefs de familles ou de ménages, y compris des responsables de familles) qui ne bénéficient pas d'une sécurité sociale (IPM, imputation budgétaire, etc.). Ces dernières constituent d'ailleurs la principale cible de la MS, c'est-à-dire, les personnes n'ayant pas une couverture assurance maladie. Le choix des maisons s'est particulièrement fait par hasard, et le choix des personnes à interroger s'explique par le fait que, nous avons constaté que c'est généralement les chefs de familles ou de ménages qui adhèrent, et les autres membres de la famille sont pris en charge. En plus de cela, le

règlement intérieur de la MS stipule que, pour être membre adhérent, il faut parmi les conditions à remplir, avoir la capacité de s'engager et être majeur. Comme ça été dit un peu plus haut, notre échantillon est déterminé par le principe de saturation empirique. Nous avons ainsi mené des séries d'entretien (dont 97 entretiens formels). C'est ainsi que nous avons interrogé 26 bénéficiaires de la MS et 30 non bénéficiaires de la MS. Cet échantillon est diversifié en termes d'âge (18 ans et plus), de sexe, de lieu d'habitation (urbain et rural), etc. En plus de ces personnes qui constituent notre échantillon obtenu par le principe de saturation empirique, nous avons mené 5 entretiens avec des délégués de quartiers ou vice-président partant du rôle qu'ils jouent dans la sensibilisation au niveau de leur quartier comme relais. Nous avons échangé spécifiquement avec eux sur des questions qui touchent la sensibilisation et l'intérêt que portent les populations vis-à-vis de la MS. Nous avons également eu 3 entretiens informels avec des non bénéficiaires de la MS au CS.

En outre, pour avoir une vision plus globale du phénomène étudié et mieux appréhender les pratiques qui sous-tendent la mutualité de santé dans un contexte sanitaire particulier, nous avons interrogé des prestataires de santé. Au total, 18 personnes qui exercent dans les structures sanitaires conventionnées avec la MS ont été interrogées répartis comme suit : 14 prestataires de soins et 4 personnels de santé. Nous avons également pu nous entretenir avec 1 pharmacien qui exerce dans une pharmacie conventionnée avec la MS dans le cadre d'un entretien informel.

Les entretiens avec les administrateurs de la MS et les partenaires ou promoteurs techniques de la MS ou autres acteurs directement ou indirectement impliqués dans le processus de la mutualité de santé, nous ont permis de comprendre davantage le système de mutualité de santé dont les bases de son fonctionnement et les types de prestations de services offerts. Les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale (BSF) étant enrôlés dans la MS, nous nous sommes entretenus avec le responsable du service régional de l'action sociale, le coordinateur régional de la Délégation Générale de la Protection et de la Solidarité National de Ziguinchor (DGPSN), des membres du service départemental de l'action sociale dont le responsable du service ainsi que le président du comité communal des Organisations des Personnes Handicapées (OPH). Pour cette catégorie d'individus, nous avons interrogé 17 personnes. Tous les différents acteurs énumérés constituent notre population d'étude. L'ensemble des entretiens tenus pour la réalisation de ce mémoire s'élève à 100 (97 entretiens formels et 3 entretiens informels). Ce chiffre ne tient pas compte des entretiens qui ont servi de test et qui s'élèvent à 10 entretiens. Dans l'ensemble, le temps consacré à chaque entretien varie de 30 à 45 minutes, et dans certains cas avoisine 1 heure.

V. Enquête sur le terrain

Il s'agit à ce niveau d'exposer la mise en œuvre de nos outils d'investigation scientifique. Cette phase nous a permis d'entrer directement en contact avec les personnes concernées par notre étude.

1. Phase test

Afin de vérifier la pertinence, la clarté et la validité de nos guides d'entretiens, nous les avons soumis à une population réduite au mois d'octobre 2016. Pour les bénéficiaires de la MS, 4 entretiens ont été tenus et 6 entretiens pour les non bénéficiaires ne faisant pas partie de notre échantillon constitué par le principe de saturation.

Cette phase test nous a permis de préciser certaines questions, d'en omettre d'autres tout simplement ou de faire ressortir des aspects qui n'étaient pas pris en compte préalablement et difficiles à percevoir à priori. Par exemple, nous avons remarqué lors du test que la question : « Ordre de priorité des besoins sociaux/dépenses suivants : logement, travail, scolarité, santé, nourriture, MS, cérémonies » prenait certes en compte à la fois ce qui est perçu comme priorité parmi les besoins sociaux mais aussi comme priorité des dépenses. Cependant, cette question manquait de précision parce qu'étant confuse. Les besoins sociaux (logement, travail, scolarité, santé, nourriture) ont été identifiés dans le DSRP (2006) comme des besoins sociaux importants pour les populations puisque « *Les principaux signes de pauvreté identifiés par les populations sont, dans l'ordre, la difficulté à se nourrir, le manque de travail, le manque de soins, le manque de logement décent. Aussi, considèrent – elles que les priorités de l'État devraient être dans l'ordre : (i) l'emploi des jeunes (20,1 %), (ii) la réduction des prix des denrées de première nécessité (18,9 %), (iii) l'accès aux soins de santé de base (17,7 %) et (iv) l'éducation des enfants (11,3 %)* » (DSRP 2006 : 11-12). En plus de ces questions, nous avons intégré l'aspect culturel (cérémonies, manifestations, etc.) pour apprécier l'importance qu'accordent les personnes interrogées aux faits culturels sous ce rapport. Cela explique pourquoi nous avons choisi ces besoins sociaux, l'objectif étant de voir la place qu'occupent la santé et la MS parmi ces besoins sociaux. Cette question a été revue et conçue de la sorte : « Parmi les besoins sociaux suivants : logement, travail, scolarité, santé, nourriture, MS et cérémonies, quels sont vos priorités dans l'ordre ? ». Cette question est beaucoup plus simple et moins chargée.

Toutefois, étant donné qu'il est arrivé que des gens nous aient évoqué d'autres besoins en dehors de ceux qu'ils devaient choisir, avant de poser cette question à nos interlocuteurs, nous avons inséré une autre question (« Quels sont les besoins sociaux que vous percevez

comme étant une priorité ? »). Cette question plus neutre a permis à nos interlocuteurs de s'exprimer librement sans influence sur ce qu'ils perçoivent eux-mêmes comme étant une priorité. Ces deux questions nous ont permis d'apprécier davantage la place qu'occupe la santé par rapport à ce qui paraît être une priorité pour nos interlocuteurs. Par rapport aux dépenses de santé, la question « Les dépenses de santé constituent-elles une priorité par rapport aux autres dépenses des besoins sociaux ? » a été supprimée puisqu'elle était plus ou moins fermée et qu'elle induisait généralement un oui automatique. Nous l'avons remplacé par cette question plus ouverte à savoir « Quelle importance accordez-vous aux dépenses de santé par rapport aux dépenses des autres besoins sociaux ? ». La question « Nombre de personnes de la famille couvertes par la MS » était trop simpliste et ne nous permettait pas d'appréhender les raisons qui sous-tendent l'acte d'adhérer à la MS et pourquoi tel membre de la famille et pas l'autre dans le cas où c'est quelques membres seulement de la famille qui ont adhéré. Cette question a été reformulée ainsi, « Combien de membres de la famille sont couverts par la MS et sur quelle base s'est faite le choix des personnes bénéficiaires ? ».

2. Administration des instruments de collecte de données et déroulement de l'enquête

Nous avons mené notre enquête sociologique dans la commune de Ziguinchor au courant de la période du mois d'avril au mois d'août 2016. Nous avons commencé par nous entretenir avec les administrateurs de la MS pour avoir une bonne compréhension de son mode de fonctionnement ce qui nous a permis d'apporter des précisions au cours de nos entretiens avec les bénéficiaires ou non de la MS, et d'identifier d'autres acteurs qui interviennent dans le processus de la mutualité de santé. Pour nous faciliter la tâche, nous avons demandé à consulter le registre des adhésions de la MS pour prendre des contacts, mais en vain après plusieurs tentatives. Ce qui nous a emmenés à élaborer une stratégie sur la manière de procéder. Dans un premier temps, nous avons pris contact avec les bénéficiaires de la MS au hasard (qui étaient venus se faire consulter ou en tant qu'accompagnant) en se tenant à la porte d'entrée du district sanitaire sous la collaboration du portier et des membres du bureau des entrées. Ce qui nous a permis d'avoir une base puisqu'après chaque entretien, nous avons demandé à notre interlocuteur de nous mettre dans la mesure du possible, en rapport avec un autre bénéficiaire de la MS et ainsi de suite. Ce procédé appelé « boule de neige » a été fructueux en ce sens que nous avons pu trouver quelques membres de la MS. Toutefois, un des administrateurs de la MS a eu l'amabilité de nous mettre en rapport avec des bénéficiaires de la MS qui sont en fait ses voisins. Quoique nous ayons expliqué à chacun de nos interlocuteurs le but de notre investigation sociologique, certains d'entre eux s'adressaient à nous au cours de l'entretien

comme si nous étions un administrateur ou un collaborateur de la MS. Avec tact nous re précisons que nous sommes des étudiants et que, ce que nous faisons relève purement d'une recherche scientifique.

Par rapport à la question sur l'ordre des priorités des besoins sociaux (logement, travail, scolarité, santé, nourriture et cérémonies), les populations avaient du mal à faire un choix, de nous dire ce qu'ils percevaient comme relevant d'une priorité. Ceci nous laisse comprendre que pour certains de nos interlocuteurs, il n'y a pas une priorité mais des priorités parmi tant d'autres. Des fois, ils se contentaient d'émettre des généralités, affirmant que tous ces besoins sociaux sont importants et même qu'ils constituent tous une priorité. Il nous a fallu négocier avec eux et faire des relances. Fait intéressant, il arrive que l'interlocuteur déclare qu'un tel besoin compte plus à ses yeux que les autres et qu'au cours de la discussion, il change d'avis et nous avoue de s'être trompé. C'est le cas de B.M (bénéficiaire de la BSF). Après avoir opté comme priorité selon cet ordre : Logement, Scolarité et Santé, il déclare qu'« actuellement, c'est cela ma priorité ». Lorsque nous lui avons demandé pourquoi il a mis la santé en troisième position, il a déclaré ce qui suit : « *Bon, ce sont des propos, mais vous savez, l'erreur existe bien. Dans les normes, c'est la santé qui doit être à la base (rire). Je veux changer parce que si tu as la bonne santé, tout ce que tu veux dans la vie tu pourras l'avoir* ». Nous avons tenu compte lors de notre enquête de ces facteurs que nous appelons dans ce mémoire reconversions.

Après avoir mené quelques entretiens, nous avons remarqué que certaines personnes ont eu connaissance de la MS par le biais des délégués, sous-délégués ou conseillers de quartier (CQ). C'est ainsi que nous avons trouvé pertinent de nous entretenir avec ces acteurs (relais dans la sensibilisation) dans presque tous les quartiers où nous avons mené une enquête pour mieux apprécier ce qui se fait sur le terrain par rapport à la sensibilisation, et nous leur demandions s'ils avaient dans le voisinage ou dans le quartier des bénéficiaires de la MS. C'est ainsi que nous avons pu trouver d'autres personnes à interroger.

S'agissant des prestataires de soins ou des personnels dans les structures sanitaires, au district sanitaire, nous nous sommes entretenus avec les personnes morales de la structure dont le médecin-chef, ces adjoints ainsi que le major. Nous nous sommes également entretenus avec les personnels des différents services (pédiatrie, ophtalmologie, maternité, dentaire) notamment avec les responsables ou adjoints, mais aussi du Pavillon de Traitement Ambulatoire (PTA). À l'hôpital régional, nous nous sommes entretenus avec le responsable du bureau des entrées et mouvement des malades pour voir comment se fait la prise en charge des patients bénéficiaires

de la MS au sein de la structure. Pour la RM, nous nous sommes entretenus avec le médecin-chef de région, son adjoint ainsi qu'avec le point focal CMU.

Pour élargir notre champ d'observation, nous avons mené notre enquête, comme nous l'avons déjà souligné, au niveau de plusieurs quartiers de la commune de Ziguinchor, et sur chacun des 17 quartiers parmi ceux où nous avons mené des enquêtes, nous nous sommes entretenus avec au moins le délégué, le sous-délégué et/ou avec un ou des CQ. Au total, 22 acteurs parmi ces derniers ont été interrogés. Ils ont été identifiés sur place, et l'entretien s'est déroulé selon leur disponibilité. Pour les personnes ressources des structures, l'entretien a eu lieu généralement après la prise de rendez-vous. Nous avons remarqué lors de nos entretiens avec les administrateurs de la MS que certains avaient tendance à idéaliser le fonctionnement de la MS comme si tout allait sur des roulettes, alors que d'autres ont pris plus de recul et nous ont fait part de quelques obstacles rencontrés ou limites observés.

VI. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

La réalisation de cette étude ne s'est pas faite sans difficultés. À chaque obstacle auquel nous nous sommes confrontés, nous avons mis tous les moyens pour le contourner. Et comme tout travail scientifique de cette nature, cette étude comporte certaines limites que nous allons exposer.

1. Difficultés rencontrées

La principale difficulté à laquelle nous nous sommes confrontés est liée à la documentation. Par rapport à notre problématique, la bibliothèque de notre université n'est pas suffisamment équipée en ouvrages ou articles. Cette carence documentaire au niveau local nous a conduits à explorer d'autres sites hors de la région de Ziguinchor qui disposent d'une documentation assez fournie, ce qui a d'ailleurs semblé être un passage obligé. C'est ainsi que nous (avec quelques étudiants de la même promotion) avons pu organiser et effectuer un voyage vers Dakar à la date du 08 janvier 2015, sous l'appui relationnel de certains de nos professeurs dont Dr. Fatoumata HANE (alors qu'elle était chef du département de sociologie).

Après avoir effectué ce long voyage par la voie routière, nous étions personnellement confrontés à quelques ennuis de santé qui nous ont confinés chez nous pendant quelques jours, alors que nos autres camarades s'activaient dans la recherche. Cette perte de temps était regrettable et en plus les soins de santé auxquels nous avons bénéficié se sont élevés à 15 000 francs CFA. Une telle somme n'était pas négligeable par rapport au contexte et aurait pu nous permettre de nous procurer quelques ouvrages. Toutefois, nous consentons à cette "dépense

utile" puisqu'après la prise de cette recette médicale, nous étions sur pied en un laps de temps. On a tendance à dire que « la santé n'a pas de prix » ou que « la santé passe avant toute chose », mais on oublie de mettre en exergue qu'elle a aussi un coût, un coût qui n'est pas à la portée de tous. Comme si ce n'était pas suffisant, un de nos camarades ironisait cette situation déplaisante en disant : « Il travaille sur la santé et voilà qu'il est confronté à des ennuis de santé. C'est bien qu'il ait choisi de travailler sur cette problématique pour mieux la comprendre ». Des rires s'en sont suivis. La nuit du 13 janvier avant l'aube, nous avons pris un bus pour nous rendre à Saint-Louis. Nous avons effectué ce voyage en dépit des ennuis de santé dont nous venons d'évoquer. Bus vétuste, long arrêt durant le parcours et de façon répétée, long voyage (environ six à sept heures de voyage Dakar vers Saint-Louis), telles étaient les contraintes de ce voyage que nous avons doublement subi, c'est-à-dire, pour l'aller et le retour. Arriver à Saint-Louis, nous avons entamé sans tarder la recherche documentaire.

Ce que nous déplorons surtout par ailleurs, c'est le temps et l'argent perdus à retrouver les lieux de certaines structures, et quelques fois sans résultat. Et ce qui est assez écœurant, c'est que des fois, la structure recherchée se trouvait à quelques pas des personnes interrogées, mais aucune d'entre elles n'était en mesure de nous indiquer. Et les étudiants qui sont perçus comme censés être des personnes curieuses n'en sont pas en reste. Un jour, j'étais à la faculté de médecine de l'UCAD pour demander l'emplacement de l'Institut Santé et Développement. Il m'a fallu tourner en rond suivant les avis des uns et des autres avant qu'un étudiant puisse m'y indiquer, alors que l'institut était à quelques pas d'eux. De piètres informateurs, nous en avons trouvés. Ce qui ne nous a pas du tout facilité la tâche. Cette expérience nous a fait prendre conscience de l'importance de chercher de bonnes personnes ressources aptes à nous fournir de bonnes informations dans l'élaboration de notre mémoire.

Sur le terrain, lors de l'administration de nos guides d'entretien, nous avons rencontré quelques obstacles. Pour les bénéficiaires de la MS rencontrés en sein du district sanitaire, compte tenu du contexte du moment, nous avons tenté à chaque fois de prendre rendez-vous chez eux pour que l'entretien se fasse dans de meilleures conditions, toutefois, certains ont préféré être interrogés sur le champ ce qui pose problème puisqu'ils n'ont pas assez de temps à consacrer à l'entretien. Et quand on leur demande de prendre rendez-vous chez eux ou un autre lieu à leur convenance, ils sont réticents. Une femme par exemple a accepté d'aller faire la queue au niveau d'un service de santé pour réserver une place et y a laissé sa fille qui devait se faire consulter pour revenir s'entretenir avec nous. D'ailleurs, sa fille qui a manqué de patience a fini par nous rejoindre.

Au niveau des quartiers, quoique les gens aient coopéré dans l'ensemble, comme le montre ce fait, lors d'un entretien avec une personne âgée (chef de famille et Délégué de Quartier (DQ)), au bout de 20 minutes, sa fille a demandé d'aller vite pour terminer l'entretien parce que son père est malade, et qu'on l'a interdit de beaucoup s'exprimer. Mais notre interlocuteur a protesté que nous travaillons, donc l'entretien peut se poursuivre. Après l'entretien, sa fille nous a demandé de l'acheter de la boisson fraîche pour qu'il se rafraichisse la gorge après tant d'efforts fournis. Ce que nous avons fait. Le but étant, dans chaque porte où nous entrons, nous veillons à quitter les personnes en bons termes pour d'éventuelles enquêtes les nôtres ou celles d'autres chercheurs qui frapperont à ces mêmes portes. Toutefois, certaines personnes étaient réticentes et méfiantes surtout s'il fallait enregistrer le discours quoique nous ayons pris le temps de bien les expliquer le but de l'enquête, la raison d'être de l'enregistrement et d'avoir essayé de les mettre en confiance. Par exemple, un homme était d'accord pour nous accorder un entretien après lui avoir expliqué le but de notre recherche. Cependant, lorsque nous lui avons demandé l'autorisation d'enregistrer, nous avons essuyé un non catégorique quand bien même nous l'ayons expliqué nos motivations. Il nous a répondu qu'il accepte un entretien et ce n'est pas la première fois que des gens viennent s'entretenir avec lui dans le cadre des enquêtes, « *mais si c'est pour enregistrer, ça c'est suspect* ». Nous lui avons dit d'accord que nous allons faire l'entretien sans enregistrer il a désisté pour de bon. Et nous avons eu le même problème avec une dame à la maison suivante prétextant quant à elle qu'elle ne sait rien. Un chef de quartier, quant à lui, nous a demandé ce qui prouve que nous sommes bien des étudiants, selon lui nous aurions dû porter un badge ou avoir un certificat. L'accueil n'a pas été des meilleurs et ce dernier a refusé de nous accorder un entretien. Un autre cas, alors que nous nous entretenons avec une dame, un homme après avoir interrompu l'entretien protestant qu'elle est malade, nous a demandé à deux reprises si nous étions bien de nationalité sénégalaise et à demander à voir notre carte d'étudiant.

Lors de nos entretiens, nous avons remarqué que plusieurs de nos interlocuteurs n'ont aucune connaissance de certains aspects de la MS dont les modalités d'adhésion ainsi que le paquet de service offert. Compte tenu de cela, nous étions des fois obligés de bien expliquer à chaque fois à nos interlocuteurs ces aspects pour un bon déroulement de nos entretiens, ce qui nous a pris plus de temps dans la soumission de nos outils de collecte de données. Ce phénomène étant répétitif, nous nous sommes dits à un moment donné que nous ne sommes pas là pour faire de la sensibilisation mais des entretiens. Après tout, c'était un passage incontournable. Certes, quoique ce ne soit pas le but recherché lors de la collecte des données,

nous avons en même temps contribué à la sensibilisation des populations. C'est d'ailleurs ce que nous a fait remarquer Y.G. (non bénéficiaire de la MS) : « *Vous remerciez. Ce que vous faites, ce n'est pas seulement votre travail, c'est un travail de sensibilisation. Par exemple, vous venez de me faire savoir que je peux adhérer à une MS à 3 500 francs pour un an. Je ne le savais pas. (...). Aujourd'hui, vous avez fait un travail de sensibilisation. Et demain, même aujourd'hui, je peux informer d'autres personnes. Tu sais, là comme ça, tu as informé trois personnes. Tu as fait de la sensibilisation. Donc, je vous remercie* ».

Au district sanitaire, nous avons perdu du temps avant de pouvoir mener nos observations et nous entretenir avec des prestataires de soins parce qu'il fallait répondre à certains critères (par exemple présenter le protocole du mémoire) et suivre une certaine voie hiérarchique. Or, le personnel est mouvant et des fois très occupé pour pouvoir trouver la personne à laquelle s'adresser afin d'espérer avoir l'autorisation de mener une enquête dans la structure concernée. Le même problème s'est aussi posé au niveau de la RM. Le personnel est mouvant et n'est pas sur place quand nous allons prendre rendez-vous. Toutes ces difficultés ont été contournées et les entretiens ont été faits dans l'ensemble sans grande difficulté.

Avec le principe de la saturation empirique, nous nous sommes demandé à un certain moment donné si nous l'avions atteint ou pas. D'ailleurs, à un moment donné, nous étions presque sûrs que ce principe a été atteint. Toutefois, en poursuivant la collecte des données, d'autres aspects qui n'étaient pas préalablement évoqués, en tout cas, pas de façon saillante sont mis en évidence. Le doute a été certainement l'indice que ce principe ne l'était pas puisqu'une fois ce doute dissipé, la collecte des données a été interrompue.

2. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est certainement le non usage d'un questionnaire. Certes, nous avons plus besoin de données qualitatives conformément à notre problématique, toutefois, le questionnaire nous aurait permis de mieux apprécier la place qu'occupent la santé et la MS par rapport aux autres besoins sociaux. Or, cet aspect constitue une de nos hypothèses. Cela nous aurait aussi permis de faire sans difficultés un rapport entre la taille du ménage et/ou de son revenu et l'adhésion ou pas à la MS.

Par rapport à la question sur les besoins sociaux perçus comme relevant d'une priorité, certains de nos interlocuteurs avaient du mal à faire la part des choses entre la santé et la MS affirmant que « *santé* » et « *mutuelle de santé* », « *c'est la même chose* », « *on ne peut pas les séparer* ». C'est le cas de M.S (adhérant à la MS) qui a affirmé : « *Dans la santé, il y a la*

mutuelle là-bas, quand je parle de la santé, automatiquement, tous les facteurs qui me permettent d'avoir une santé, sont dans la couverture de santé. Les MS sont dans la santé. Si c'est une autre forme de couverture, de solidarité pour avoir la santé, c'est dans la santé. Donc, les mutuelles accompagnent ce volet de la santé ». Alors que ce sont deux concepts différents. Étant donné que la MS reste méconnue de beaucoup de personnes, vouloir apprécier l'importance qu'elle occupe par rapport à d'autres besoins sociaux très connus et qui relèvent du quotidien peut comporter une certaine limite.

Une autre limite est que certains de nos interlocuteurs sur le terrain ne comprenant pas le français, certains entretiens étaient tenus dans des langues telles que le diola, le wolof et un entretien en peulh. Pour cette dernière langue (c'est lors du test de nos outils d'investigation que ce cas s'est présenté), c'est sur l'aide d'une traductrice que l'entretien s'est tenu. Nous avons posé les questions en français à notre traductrice, et elle s'est chargée de les rendre intelligible à notre interlocuteur en peulh et puis de nous transmettre les réponses en français. Pour le reste des entretiens tenus en diola ou en wolof, c'est nous-mêmes qui les avons conduits sans intermédiaire. Tous les entretiens tenus dans une autre langue que le français ont été traduits en français, ce qui peut constituer une limite à cette étude puisque la langue est chargée d'acception ou de sens qu'il n'est pas toujours aisé de traduire et de les exprimer fidèlement dans une autre langue. D'ailleurs, pour certaines expressions lors de la traduction des entretiens, nous avons dû demander de l'aide à des personnes qui comprennent mieux cette langue dans un souci de fiabilité.

**DEUXIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES
POPULATIONS DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE LA MUTUALITÉ DANS LA
COMMUNE DE ZIGUINCHOR SOUS L'ANCRAGE DE LA CMU**

CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR ET PRESTATIONS DE SERVICES OFFERTS À SES BÉNÉFICIAIRES

Avant l'avènement de la politique étatique visant à étendre l'assurance maladie via les MS notamment pour les personnes du secteur informel et le monde rural, certaines MS communautaires avaient des problèmes de gestion (le cas de la MS DIATTA KERIA qui a cessé de fonctionner depuis 2012) ainsi que des difficultés de recouvrement, ce qui impactait négativement sur l'adhésion. Les cotisations étaient dérisoires (175 francs CFA par mois et par bénéficiaire pour la MS DIATTA KERIA, de même 200 francs CFA pour la MS KASONTENNOOR et pour celle de APOYA), le taux d'enrôlement faible et le paquet de prestations de services offert était peu attrayant. En cela, la crise politique casamançaise n'était pas sans conséquences sur la mutualité à ses débuts dans les années 1997 de l'avis de M. M.B. (animateur à l'ONG PACTE). En effet, avec cette crise, certaines populations avaient du mal à s'activer dans des activités génératrices de revenus à cause du contexte d'insécurité. Ce phénomène se répercutait donc sur la vie socio-économique de certaines populations, et par conséquent sur l'adhésion à une MS et sur le renouvellement de la cotisation annuelle puisque cela réclamait des moyens financiers. En outre, la crise a également entraîné des déplacements de populations d'une zone à une autre (fuite des zones à risque ou des foyers de tension et retour de populations après accalmie). Compte tenu de tous ces facteurs, le paquet de prestations offert se limitait uniquement aux Cases de Santé, PS et des fois aux CS pour certaines MS. Il existait donc des MS dont certaines flanchaient, et leurs paramètres étaient variés. Chaque MS était pratiquement autonome dans l'élaboration de ses paramètres (modalité d'adhésion et de prise en charge) selon des spécificités socio-territoriales et l'appui, voire l'engagement de l'État (ainsi que de ses services déconcentrés et décentralisés) était insuffisant, en tout cas pas comme aujourd'hui. Toutefois, avec la politique de la CMU, il y a eu une harmonisation des paramètres des MS (même critère d'adhésion, même paquet de soins et même modalité des cotisations) au niveau national ce qui est d'un apport considérable. En plus de cela, grâce à la subvention de l'État, la prise en charge a carrément épousé la pyramide sanitaire à tous les niveaux et à des taux de prise en charge plus alléchants. Cet aspect constitue un point fort du système de mutualité. Les MS sont donc devenues plus solvables, plus attrayantes et plus reluisantes, et plus fonctionnelles. Sous l'implication de la CMU, les MS occupent de nos jours une place stratégique dans le système de santé à tel enseigne qu'aujourd'hui, à en croire M. J.J.M

(Médecin-chef du District (MCD) sanitaire de Ziguinchor) : « (...) *on ne peut pas parler de système de santé sans aborder la question des mutuelles* ».

La politique de la CMU a permis de réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé, donc, de réparer une certaine injustice sociale en permettant notamment aux personnes qui sont dans le secteur informel et le monde rural qui n'ont pas de couverture du risque maladie de bénéficier de soins de santé supposés être de qualité et à moindre coût. Par rapport à l'appui de la mutualité, il intervient dans un contexte socio-économique (local et même du point de vue macro nous avons la CMU, les injonctions internationales relatives à la subvention des soins de santé, ainsi que la réglementation au sein de l'UEMOA sur la mutualité sociale) où certaines personnes ont du mal à accéder à des soins de santé appropriés par faute de moyens. En effet, les ménages sans distinction socio-économique doivent payer de leurs propres poches pour avoir accès aux soins de santé dans le cadre du recouvrement des structures sanitaires, ce qui constitue un revers de fortune entraîné par les PAS.

Dans ce chapitre, nous verrons le processus qui a abouti à la mise en place de la MS de la commune de Ziguinchor ainsi que son extension sous le concours de ses partenaires. Nous verrons également les facteurs d'adhésion et de non-adhésion à la MS évoqués, la prise en charge des bénéficiaires de la MS, ainsi que les leviers de la MS pour promouvoir ses prestations de services.

I. Processus de la mise en place de la MS

Le processus de la mise en place de la MS de la commune de Ziguinchor a dépassé son cadre géographique. Il a été initié au niveau supérieur dans le cadre de la Décentralisation de la Couverture Assurance Maladie (DECAM) dans l'extension de la couverture du risque maladie. Sa mise en œuvre implique un partenariat entre l'État, les CL et les MS. Dans le cadre de ce programme, plusieurs actions ont été initiées. Le processus peut être divisé en trois phases. D'abord, il y avait quatre départements (dont celui de Kolda au sud du Sénégal) qui avaient servi de phase pilote dans la mise en œuvre de la CMU. Ensuite, le programme a été étendu au niveau d'autres départements dont Ziguinchor (au total 14 départements) lors de la deuxième phase (phase d'extension). Et enfin, la dernière phase (phase de généralisation) avec comme approche « *une mutuelle de santé, une commune* », a été initiée.

La MS est née de la fusion et de la restructuration de cinq MS de la commune à savoir la MS des Enseignants du Privé Catholique (MUSAPEC), APOYA, KASONTENOOR, DIATTA KERIA et BOUCOTTE EST lors de la deuxième phase d'extension de la CMU. Cette fusion enclenchée va dans le sens de la perspective de la loi du grand nombre, c'est-à-dire, que

plus une MS à des bénéficiaires (des adhérents et des personnes à charge ou des ayants droit), donc plus de personnes qui cotisent, plus elle est solide dans la mesure où une MS ne vit en principe principalement que par les cotisations de ses membres. D'ailleurs, les expériences de certaines MS qui ont précédé la MS de la commune, soulignent le caractère incertain d'une MS qui compte peu de bénéficiaires puisque cela remet en question sa viabilité (à long terme). Cette fusion a été mise en œuvre après concertation des différents acteurs dont les Présidents des Conseils d'Administration (PCA), ainsi que les membres des différentes AG des MS qui se sont réunis pour trouver un consensus et décider de fusionner avec l'aide de certains acteurs tels que l'URMS, de la Régional Médicale (RM) et de l'appui du Partenaire Technique et Financier (PTF) de la MS à savoir USAID (United States Agency for International Development)/Santé. Après la fusion et la restructuration des MS, les membres du Comité d'Initiative Mutualiste (CIM) ou groupe porteur de la MS ont été choisis parmi les responsables des anciennes MS et certains représentants de la mairie (puisque les collectivités locales sont impliquées dans ce processus). Le CIM est chargé de faire la sensibilisation au niveau de la population et de collecter les cotisations ainsi que les droits d'adhésion. Parmi les membres de ce comité, il y a un coordinateur ou président du CIM, un secrétaire et un trésorier. Il faut également inclure dans ce processus le travail qui est fait au niveau communautaire notamment par les délégués de quartier dans la mobilisation des populations autour de cette initiative. Plusieurs de nos interlocuteurs ont déclaré avoir eu connaissance de l'existence de la MS à travers les responsables de leur quartier. Le travail du CIM s'est arrêté lorsque la MS a atteint un certain nombre de bénéficiaires et a tenu son AG Constitutive (AGC).

C'est après le travail du CIM qu'a été tenue l'AGC le 23 septembre 2014. L'AG est composée de tous les adhérents (en règle) de la MS. Elle a élu un CA et un CC. Le CA a élu en son sein le BE. Ensuite, les administrateurs de la MS ont été formés en Gestion Administrative et Financière (GAF), formation financée par le programme santé USAID. Puis, avec la contribution de ce partenaire-là, la MS a été équipée en outil de gestion pour le démarrage de ses activités. Dans le cadre de la signature des conventions avec les structures sanitaires et les officines privées, il y a eu des échanges entre les acteurs de la mutualité et les différents acteurs sanitaires (prestataires de soins, pharmaciens). C'est ainsi que la MS a commencé à offrir ses prestations de services à ses bénéficiaires le 27 février 2015, soit son fonctionnement effectif. Les adhérents des anciennes MS qui ont fusionné n'ont pas acheté un carnet au moment de leur adhésion. Il leur a été donné gratuitement, mais ils doivent par conséquent honorer leur cotisation. Dans le cas par exemple de la MS APOYA, l'argent qui restait dans le compte de la

MS a été versé à la MS de la commune, et une partie de cette somme a été utilisée pour payer les cotisations de certains membres de la MS.

La MS de la commune de Ziguinchor siège à Boudody au sein du CS qui est en même temps le district sanitaire. La proximité de la MS avec le district sanitaire favorise une interaction sociale plus dynamique entre administrateurs de la MS et prestataires de soins du CS par rapport aux autres structures sanitaires qui sont plus distancées d'elle. Le CS a existé depuis longtemps, donc bénéficie au niveau de la commune d'une grande notoriété, et est fréquenté par beaucoup de populations dont certaines viennent même au-delà de son air théorique, voire viennent d'autres pays limitrophes du Sénégal tels que la Guinée-Bissau, la Gambie, etc. En tant que district sanitaire, il couvre 32 PS et un CS, soit les Points de Prestations de Soins (PPS) du département de Ziguinchor. La position stratégique de la MS lui permet de gagner en notoriété parce qu'elle est plus visible, et renforce sa crédibilité dans la prestation de ses services relatifs aux soins de santé. De prime abord, il est difficile de faire la différence entre la MS et le CS. D'ailleurs, lors de notre enquête, il est arrivé que certaines personnes prennent (à l'entente de leurs propos) les administrateurs de la MS pour des prestataires de soins, alors que la MS gère la demande de soins de santé, et le CS l'offre de services de soins. Il en est de même de l'URMS créée en 2007 dont le siège se trouve au niveau de la RM de Ziguinchor. Cette position l'octroie plus de visibilité, et elle bénéficie de l'appui de la RM dans les domaines technique, logistique, financier et conseil notamment dans le cadre des supervisions des MS en collaboration aussi avec le point focal de la CMU au niveau de la RM.

La MS de la commune de Ziguinchor est composée de différents organes et fonctionne selon des règles établies. Une telle organisation est nécessaire pour répondre aux besoins de ses bénéficiaires. L'organigramme¹⁵ suivant permet de mieux comprendre l'organisation de la MS.

¹⁵ - La MS est principalement composée de quatre organes que sont : l'AG, le CA, le BE et le CC.

- L'AG est l'organe suprême de la MS. Elle fixe les règles générales de la MS qui régissent son fonctionnement. C'est l'instance principale de prise de décision. En cas de besoin, elle peut décider de créer une instance utile au fonctionnement de la MS. En dehors de l'AG Ordinaire (AGO) pour le renouvellement des membres du bureau, la MS peut tenir une AG Extraordinaire (AGE) lorsqu'une urgence ou un cas exceptionnel se présente.
- Le CA est composé des membres administrateurs de la MS. Il déroule les orientations définies par l'AG et agit au nom de cette dernière. C'est le « *bras droit* » de l'AG. Parmi ses attributions, il doit assurer la gestion administrative et financière de la MS, et veiller au respect du règlement intérieur. Il rend compte à l'AG.
- Le BE est chargé de la gestion journalière de la MS. Les membres du BE se réunissent régulièrement notamment chaque mois pour voir l'état d'avancement des activités de la MS et les axes à dérouler. Il est

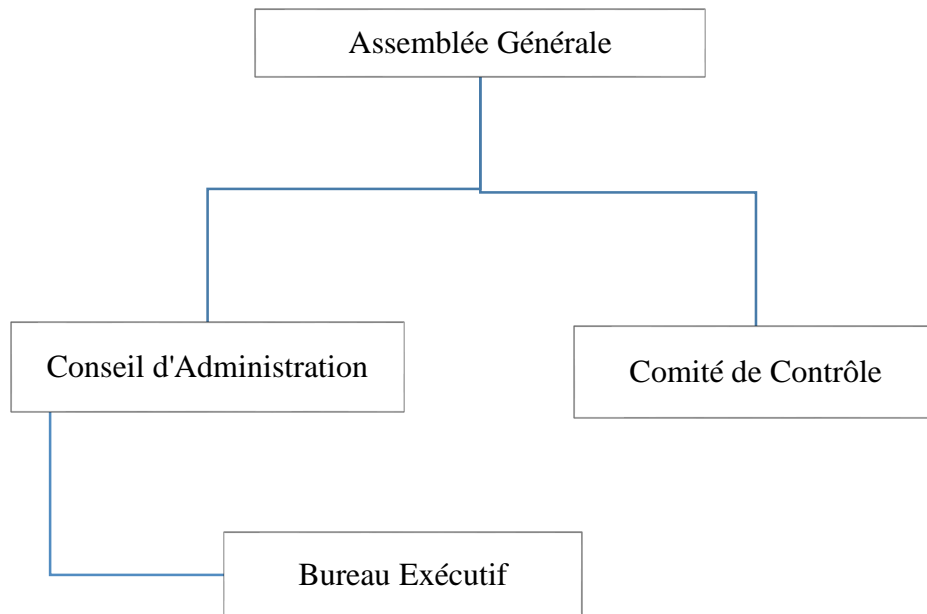


Figure 2 : Organigramme de la Mutuelle de Santé

Pour bénéficier des prestations de services de la MS, il faut payer ses droits d'adhésion qui s'élèvent à 1 000 francs CFA (le carnet de membre) et payer sa cotisation annuelle ou semestrielle. La cotisation annuelle s'élève à 3 500 francs CFA. Un adhérent peut prendre à charge des personnes dans son carnet (d'ailleurs l'adhésion familiale est le principe), toutefois, ces dernières sont tenues de verser la cotisation puisqu'elle est individuelle contrairement au droit d'adhésion qui peut être familial ou de groupe. Le souscripteur ou la souscriptrice doit également disposer de deux photos d'identité (incluses dans les modalités d'adhésion) et pratiquer une période d'observation d'un mois (dans le cadre de l'adhésion annuelle) avant de

composé d'une présidente (PCA), d'un vice-président, d'un secrétaire générale, d'un secrétaire général adjoint et d'un trésorier. La PCA de la MS est la personne morale de la MS. Le BE rend compte au CA.

- Le CC est composé de membres (ceux qui appartiennent déjà au CA étant exclu) élus par l'AG en son sein. Il veille au suivi de l'exécution des décisions prises par l'AG, suggère des améliorations et veille au fonctionnement efficient des différents organes. Il rend compte directement à l'AG. Toutefois, nous précise M. A.M.S.D. (membre de ce CC) : « *C'est ça le contrôle, mais ce n'est pas un contrôle gendarmé. C'est entre gens civilisés qui travaillent ensemble, entre collaborateurs* ».

bénéficiaire des prestations de services de la MS. Au moment de l'adhésion, le carnet de la MS est numéroté, et on attribue à chaque bénéficiaire un code pour servir d'identification. Pour chaque personne qui affine à la MS, l'État verse à la mutuelle la même somme d'argent (3 500 francs CFA), soit la subvention partielle.

Le tableau suivant (Tableau 1, sur le nombre de personnes qui ont adhéré à la MS) montre l'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires de la MS. Toutefois, dans ce tableau, le nombre total de bénéficiaires de la MS est représenté dans chaque trimestre.

Tableau 1: Situation du nombre d'adhérents et de bénéficiaires de la MS de la commune de Ziguinchor

Variables	2014	2015				TOTAL
	Trim 4	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	
Nombre d'adhérents	400	503	681	802	993	993
Nombre d'adhérents à jour	400	503	681	802	993	993
Nombre de bénéficiaires	1135	2147	3110	3409	4975	4975
Nombre de bénéficiaires à jour	1135	2147	3110	3409	4975	4975

Source : Mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor

Pour mieux apprécier l'évolution du nombre de bénéficiaires de la MS, nous avons extirpé le nombre exact d'enrôlement par trimestre. Il s'agit du dernier trimestre de l'année 2014 au dernier trimestre de l'année 2015 (cinq trimestre au total). Au dernier trimestre de l'année 2014, 1135 bénéficiaires ont été enregistrés. Pour le premier trimestre de l'année 2015, il y a eu 1 012 bénéficiaires. Pour le deuxième trimestre, 963 bénéficiaires ont été recensés. Pour le troisième trimestre, 299 bénéficiaires ont été recensés. Enfin, s'agissant du dernier trimestre, il y a eu 1 566 bénéficiaires. Le nombre total des bénéficiaires s'élève à 4 975 au cours de ces cinq trimestres.

L'analyse des données issues du tableau révèle qu'il y a une évolution irrégulière du nombre de bénéficiaires de la MS. Le nombre important de bénéficiaires de la MS atteint au premier trimestre de son fonctionnement, soit le dernier trimestre de l'année 2014 s'explique certainement par le fait que lorsque la MS a tenu son AGC, elle a avoisiné mille bénéficiaires puisque les gens adhéraient à la MS concomitamment au travail de sensibilisation qui se faisait par les membres du CIM. Du dernier trimestre de l'année 2014 (1 135 bénéficiaires), on note une baisse de plus en plus considérable entre le premier trimestre (1 012 bénéficiaires), le second trimestre (963 bénéficiaires) et le troisième trimestre (299 bénéficiaires) de l'année 2015. On passe de 963 bénéficiaires (trimestre 2) à 299 bénéficiaires (trimestre 3), ce qui représente une baisse énorme. La baisse observée au troisième trimestre peut s'expliquer par le fait que les mois de juillet, août et septembre sont des mois d'activités hivernales. Or, au Sénégal, selon l'ANSD, 54,8% de la population sénégalaise est rurale contre 45,2% de citadins, et 755 532 ménages sont agricoles, c'est-à-dire qu' « *au moins un de ses membres pratique l'agriculture au sens large (pratique une culture donnée ou entretient une plantation, pratique l'élevage ou la pêche) sans y être salarié* » (ANSD 2013 : 346). À cette période donc de l'année, beaucoup de populations sont dans les rizières pour la culture des champs puisque cette activité agricole occupe une place considérable surtout dans les zones rurales. L'importance accordée à l'agriculture transparaît dans le nombre de personnes occupées par ce secteur (60%) par rapport à la population active du pays (DSRP 2006). L'occupation des populations par des activités agricoles ou hivernales peut donc expliquer la régression du nombre de bénéficiaires du troisième trimestre de l'année 2015. Au trimestre 4, on observe une hausse très importante du nombre de bénéficiaires par rapport au trimestre 3. En effet, on passe de 299 bénéficiaires (trimestre 3) à 1 566 bénéficiaires (trimestre 4). Cela peut s'expliquer par le fait que les populations sont de plus en plus libérées de leurs activités hivernales, donc ont plus de temps libre. Mais aussi, il ne faut pas perdre de vue que la période qui englobe les mois de septembre, octobre et novembre (fin de saison des pluies, donc « une période très chaude et humide ») enregistre une « forte occurrence de paludisme » (DIOUF, DEME, RODRIGEZ FONSECA, et al., 2015), ce qui peut motiver certaines personnes à affilier à la MS pour bénéficier de ces prestations de services. En fin de compte, le nombre de bénéficiaires de la MS peut être appréhendé partant des contextes socio-épidémiologiques et économiques de la région.

Par rapport au renouvellement des cotisations, tous les bénéficiaires de la MS de cette période sont à jour. La MS n'a enregistré aucun désistement. Cela montre que les bénéficiaires de la MS de la commune de Ziguinchor (pour cette période précise) ont le sens de l'engagement

(ou sont satisfaits du paquet de service). Un tel succès est certainement révélateur des avantages qu'il y a à bénéficier des prestations de services de la MS, que la balance contribution/rétribution a été évaluée et bien perçue par les populations. Toutefois, le nombre de bénéficiaires de la MS est faible par rapport à la population de la commune de Ziguinchor. En effet, comme on l'a souligné, 1 135 bénéficiaires de la MS ont été enregistrés en 2014, et en 2015, il y en avait eu au total 4 975 bénéficiaires. Comparée à la population de la commune de Ziguinchor qui est estimé à 205 294 habitants en 2013 (selon le recensement de cette même année), on se rend compte de la faiblesse de l'adhésion à la MS. Bien entendu, il faut tenir compte des personnes qui sont déjà couvertes par les régimes contributifs d'assurance maladie ou qui bénéficient déjà d'une couverture du risque maladie. Or, la MS de la commune de Ziguinchor fait partie des MS de la région ayant parvenu à enrôler beaucoup de membres. En outre, à cette époque, c'était la seule MS de la commune puisqu'actuellement, au niveau de la commune de Ziguinchor, en plus de la MS de la commune de Ziguinchor, il y a la MS de SANTA YALLA (qui siège au sein de l'Union Régionale SANTA YALLA dans le cadre du programme de Développement du leadership des femmes). Compte tenu du faible taux du nombre de bénéficiaires de la MS par rapport à la cible, certains acteurs et promoteurs de la MS suggèrent d'instaurer une loi qui rend obligatoire l'adhésion à la MS comme ça se fait d'ailleurs au Rwanda. Quoique les avis restent partagés quant à la mise en œuvre d'une telle initiative, se pose un problème d'adéquation entre cette initiative et le principe de liberté ou de démocratie que prône le système de la mutualité.

II. Raisons adhésion et non-adhésion à la MS

Les motifs de l'adhésion ou non à la MS avancés par nos interlocuteurs sont divers. Si pour certains, leur adhésion s'explique par convenance compte tenu des avantages qu'offre la MS en termes de contribution/rétribution, pour d'autres, quand bien même ils estiment vouloir bénéficier de cette initiative, sont confrontés à des obstacles. Par rapport à la raison d'être de la MS, la plupart de nos interlocuteurs ont affirmé qu'elle est là pour aider ou appuyer les personnes pauvres ou démunies à prendre en charge leurs besoins sanitaires, et l'enrôlement des bénéficiaires de la BSF vient certainement renforcer cet a priori. Un a priori, parce que la MS a pour cible comme nous l'avons dit, les personnes du secteur informel et du monde rural qui n'ont pas de couverture du risque maladie, et n'est nullement une MS pour les pauvres quoique le secteur informel et le monde rural enregistrent beaucoup de personnes aux ressources financières limitées. Cet a priori transparait dans les propos de F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) lorsqu'elle affirme : « *Normalement, au départ ils avaient dit qu'ils*

allaient aider les personnes démunies, les pauvres, (...) mais tu y vois des personnes qui travaillent. J'y vois des gens qui travaillent dans le secteur sanitaire, dans un poste de santé. Pour moi, c'est ce que j'ai pensé, parce que je ne pense pas que le gouvernement pourra donner à tout le monde. Est-ce que cela sera possible ? Je ne le pense pas. Parce qu'il y a certains, il faut qu'on regarde ceux qui sont fatigués pour les soutenir. C'est ça qui va faire évoluer le pays ». Cette interlocutrice fait l'impasse sur le partage des risques entre les membres de la mutualité et sur la notion de solidarité, nourri par une volonté d'appropriation de la MS. Selon elle, la MS est là pour appuyer les personnes aux capacités financières limitées, et c'est ça qui pourra contribuer au développement du pays. Le fait que des personnes qui ont un emploi, donc un revenu plus ou moins important adhérent dans la MS, risque selon elle, de compromettre ou de réduire les chances des personnes démunies (qui en ont le plus besoin) de bénéficier de la subvention de l'État de façon plus optimale, et cela risque également de se répercuter sur la viabilité à long terme de l'appui de l'État compte tenu du nombre de personnes à subventionner. Il y a donc à ce niveau un conflit d'intérêts. Cette perception de ce qu'est ou doit être la raison d'être de la MS peut sous-tendre une stigmatisation à l'égard des bénéficiaires de la MS, puisque l'acte d'adhérer à la MS peut être assimilé en soi à de la pauvreté. Cela peut impacter sur l'adhésion à la MS.

1. Raisons de l'adhésion à la MS invoquées par les bénéficiaires de la MS

Les avantages ou opportunités qu'offre la MS dans l'accès aux soins de santé constituent le principal motif d'adhésion évoqué. Compte tenu de la cherté de la santé, supporter tout seul le coût des soins de santé alors que les ressources financières de la famille ne suffisent pas, pose d'énormes problèmes à certaines populations. La MS permet donc en partie de lever certaines contraintes dans l'accès aux soins de santé. T.K. (DQ, bénéficiaire de la MS depuis le mois de juin 2015 et à jour de ses cotisations) nous explique ses raisons : *« C'est abordable parce qu'on peut tomber malade et ne rien avoir dans la poche, ou bien le maigre revenu que nous avons, ça ne peut pas couvrir nos frais pour nous soigner. C'est pourquoi, même si jusqu'ici je n'ai jamais utilisé le carnet de la MS, je continuerai à cotiser parce que je ne sais pas ce que l'avenir me réserve »*. Ce dernier est à sa deuxième année de cotisation et est à jour. Il ne sait jamais encore servi de son carnet pour avoir accès aux soins de santé et pourtant, il continue de cotiser parce que détenir un carnet de la MS à jour est facteur de stabilité psychologique. Le bénéficiaire de la MS se sent plus en sécurité lorsqu'une maladie surgira parce qu'étant assuré, il dépensera moins d'argent qu'une personne non assurée qui se trouvera dans le même cas. Adhérer à la MS est également pour ce dernier un moyen de faire face à l'exclusion aux soins

de santé sous son aspect socio-économique. Cet acte est aussi perçu et assimilé à de la prévoyance maladie, et ce facteur constitue la deuxième raison évoquée pour laquelle les gens adhèrent à la MS. Pour certains délégués de quartier, le fait d'adhérer à la MS constitue un moyen de bénéficier des soins de santé à moindre coût, mais aussi, de permettre aux autres membres du quartier de suivre leur exemple.

Si l'adhésion à la MS a été facile pour certains, pour d'autres, il a fallu élaborer des stratégies pour trouver les moyens d'honorer les droits d'adhésion et payer la cotisation. Selon les affirmations de certains de nos interlocuteurs, ils ont attendu de percevoir leur pension pour pouvoir adhérer, et pour d'autres, il fallait compter sur l'aide de la famille ou des proches. Pour B.S. (bénéficiaire de la MS) : « *Je me suis serré la ceinture pour pouvoir cotiser à la MS* ». Autrement dit, cette interlocutrice a dû réduire son train de vie en se passant de certaines choses pour pouvoir avoir de quoi adhérer et honorer sa cotisation annuelle. La mise en œuvre d'un tel plan d'action est révélatrice de la valeur ou de l'importance accordée à la chose qui a nécessité une telle attention.

2. Raisons de la non-adhésion à la MS invoquées par les non bénéficiaires de la MS

Parmi les raisons avancées par les non bénéficiaires de la MS comme frein à leur adhésion, nous pouvons mentionner trois facteurs principaux : problème économique, manque de volonté et manque d'informations.

Compte tenu du faible revenu du ménage ou de la famille, certaines populations vivent dans de mauvaises conditions socio-économiques et ont du mal à épargner en vue de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Selon « le professeur de médecine Jean-Daniel Rainhorn : « *Il y a un drame que connaissent tous les pauvres du monde, au Nord comme au Sud, c'est celui de l'argent qui manque le jour où il faut payer les soins à cause d'une maladie ou d'un accident.* ». » (In : AYÉNA 2012 : 466-467). Face à cette situation, une des solutions est de limiter les dépenses aux besoins essentiels du moment, et de faire une gestion rationnelle des ressources économiques disponibles. C'est le cas de B.C. (non bénéficiaire de la MS) : « *C'est une bonne chose. Celui qui a les moyens, il peut payer, c'est une bonne chose. Normalement, je veux adhérer, mais l'argent pose problème pour payer comptant, toute l'année 3 500 francs. Sincèrement ce n'est pas cher. Ce que je ne veux pas, c'est adhérer, et un beau jour ne pas avoir de quoi honorer ma cotisation. Notre travail, des fois, ça marche, des fois ça ne marche pas. Avec ce que je gagne, je ne peux pas payer la location et nourrir ma famille* ». Ces propos dénotent le caractère non prioritaire de la MS. Elle n'est pas perçue comme une chose qui nécessite un engagement actuel dans la mesure où le revenu est maigre au point de ne pas

pouvoir subvenir et satisfaire correctement les besoins de la famille. En plus de cela, d'autres préoccupations imprévisibles viennent des fois alourdir la situation familiale déjà chaotique. La cotisation annuelle pose également problème. Ce dernier craint une fois adhérer à la MS, de ne plus être en mesure un beau jour d'honorer sa cotisation, ce qui reviendrait à un retour à la case de départ. Pourtant, la plupart des personnes enquêtées prétendent que la cotisation annuelle n'est pas chère, qu'elle est abordable en termes de coût/bénéfice, d'autant que cela revient à moins de 10 francs CFA par jour, mais que les moyens posent problème. Toutefois, les conditions familiales difficiles que traversent certaines personnes sont entraînées ou appuyées par la taille du ménage ou de la famille. En effet, notre enquête a montré que certains chefs de famille, en plus des enfants biologiques ont pris en charge d'autres personnes (par exemple, le phénomène du placement des enfants à un autre membre de la famille parce que ce dernier travail ou qu'il habite en ville est très répandu dans notre zone d'étude). Et des fois, le nombre de personnes prises en charge (enfants biologiques étant exclus) fait le double, voire dépasse de loin le nombre d'enfants biologiques. C'est le cas par exemple de Y.G. (non bénéficiaire de la MS), un ouvrier qui a 4 enfants et 8 personnes en charge. Il déclare ceci : « *J'ai un revenu très maigre. Et étant donné que ma famille est composée de 12 membres, si par exemple je gagne 4 000 francs par jour, il m'est donc difficile de faire une économie de 750 francs par jour. C'est impossible. Parce que ce que je gagne, je le mange le lendemain* ». Dans une telle situation, il est donc difficile d'épargner comme tenu du revenu non seulement faible, mais aussi instable. La taille du ménage est encore appuyée par la pratique de la polygamie. C'est le cas de B.M., retraité et polygame (avec deux épouses). À la question combien d'enfants avez-vous, il donne la réponse suivante : « *Oh, là, là, il faut faire le calcul. Disons, je peux avoir une vingtaine* ». Ce dernier, ne sachant même pas combien d'enfants il a exactement, se content de donner un nombre approximatif. Il faut dire aussi que beaucoup de populations ne sont pas informées sur l'adhésion semestrielle et pensent qu'il faut obligatoirement verser la cotisation annuelle d'un seul coup. Et quand bien même il est possible d'adhérer par semestre, la période d'observation est à deux mois au lieu d'un mois pour l'adhésion annuelle. Le facteur économique comme frein à l'adhésion est encore renforcé par les mesures prises par la MS. Les critères d'adhésion ont été revus à un certain moment donné. Après réflexion ensemble, il a été retenu que l'adhésion ne peut plus se faire à titre individuel, mais qu'il faut au minimum trois personnes à savoir l'adhérent et deux personnes à charge.

Cette initiative pose problème surtout pour certains ménages dont les ressources économiques ne suffisent pas pour couvrir les frais de cotisation pour trois personnes. Et se pose aussi un problème de communication entre administrateurs de la MS d'une part, et certains

responsables de quartier d'autre part sous ce rapport. Selon E.M. (vice-président d'un délégué de quartier) : « *Au début, ils ont facilité les choses, individuellement, on devrait pouvoir adhérer. Mais si maintenant vous demandez un minimum de trois personnes, pour trouver ces trois personnes, il faut payer. Les trois personnes reviennent à 10 500 francs pour la cotisation et ça revient cher. Le problème est là. C'est ce que ces gens-là n'ont pas compris. Au début, on nous a facilité la chose, mais aujourd'hui, ce qu'ils nous avaient dit, et ce qui se passe là-bas, c'est diamétralement opposé. C'est la raison pour laquelle, les gens d'ici m'interpellent, mais ce que vous nous avez dit, et ce qui se passe là-bas, ce n'est pas la même chose. Je deviens quoi, je deviens un menteur dans tout ça. Moi, je vais leur dire, ne me dites pas des choses qui n'existent pas. Dites les choses telles qu'elles sont. Si c'est possible, on le fait, si ce n'est pas possible, on dit on ne peut pas. Mais vous nous dites des choses, après on envoie des gens là-bas, et après ils reviennent me dire, mais grand, ce que vous nous avez dit et ce qui se passe là-bas, ce n'est pas la même chose. (...). C'est-à-dire que l'information est mal passée. (...). Même moi, je ne me suis pas encore inscrit. (...)* ». Cette situation due en partie à un déficit de communication comme l'a montré notre enquête, et compte tenu du coût de la cotisation pour trois personnes vient renforcer ce qui constitue un frein à l'adhésion. D'autres responsables de quartier dont des délégués ou sous-délégués ont évoqué cette initiative comme frein à l'adhésion à la MS. Et la communication est également limitée par rapport à cette initiative puisque pour un responsable de quartier (délégué) avec qui nous nous sommes entretenus, il faut trois familles dans le carnet, alors qu'il n'est pas question de famille, mais de trois personnes dans le carnet. C'est ainsi qu'il a retardé une femme qui voulait adhérer à la MS de le faire, en lui affirmant qu'il a trouvé une autre famille qui voulait adhérer, mais qu'il reste une troisième famille.

Si pour certaines populations, la cotisation annuelle pose problème, pour d'autres la non-adhésion à la MS s'explique par la négligence ou par un manque de volonté. C'est ce que soutient N.S. (DQ, non bénéficiaire de la MS) : « *C'est une erreur pour moi. Et jusqu'à présent, je n'ai pas pu rectifier. Et puis, moi-même, à chaque fois je vais dans le bureau là-bas, mais je crois qu'à la fin du mois, je vais adhérer. (...). Je crois que c'est une, je pense que c'est, je ne sais moi-même pourquoi je n'ai pas adhéré. (...). C'est ça, la négligence, ça il faut le dire. Parce que moi je reconnais ma faute, c'est une négligence que j'ai faite* ». Tout comme ce dernier, il est arrivé que certaines personnes se contentent de dire qu'elles ne savent pas pourquoi elles n'ont pas adhéré avant d'avouer que c'est par négligence. Cela révèle un certain manque d'intérêt pour la MS, qu'elle ne constitue pas une priorité pour elles. Il transparaît

également chez d'autres une indécision notoire entre adhérer à la MS et ne pas le faire, ou encore entre qui affilier à la MS parmi les membres de la famille. À ce propos, selon A.C. (DQ, bénéficiaire de la MS) : « *Des gens m'ont dit, tant que je n'ai pas le montant total pour adhérer toute ma famille, je ne vais pas adhérer. On ne peut pas prendre certains et laisser les autres. Les membres de la famille laissés en rade disent, il a préféré inscrire l'autre et pas moi parce qu'il le préfère plus. Des fois, ceux que vous inscrivez ne tombent pas malades, et ceux qui ne sont pas inscrits tombent malades* ». Toutefois, au cours de nos entretiens, cet aspect est apparu environ deux fois parmi nos interlocuteurs. Ils ont déclaré eux-mêmes qu'ils n'ont pas encore adhéré à la MS parce qu'ils attendent de réunir la somme nécessaire pour l'enrôlement de toute la famille.

Par rapport au manque d'informations, notre enquête a montré qu'il y a un déficit de sensibilisation. Nos interlocuteurs de manière générale ont affirmé avoir entendu parler de la MS, mais beaucoup ne savent pas ce qu'elle est réellement, les avantages ou les prestations de services qu'elle offre, ni les modalités d'adhésion, ni de l'endroit où se trouve le siège. En plus, certains d'entre eux n'ont pas la bonne information. Or, la connaissance de ce qu'est une MS est une des bases, voire constitue une condition sine qua non pour l'adhésion. De l'avis de B.M. (Sous-délégué de Quartier (SDQ), BSF, non bénéficiaire de la MS) : « *Les gens sont intéressés, mais au finish, on ne sait pas où s'appuyer pour quand même faire les papiers nécessaires. Comment il faut faire les papiers, comment, qui les reçoit, où est-ce que nous allons partir, l'information n'était pas suffisante. Il n'y a pas beaucoup de motivation pour que les gens s'inscrivent. Moi, je suis chef de famille, je suis intéressé, mais les informations restent. Je ne sais pas il faut aller où. L'information reste. Où il faut s'adresser ? Il faut aller à l'hôpital, quel hôpital ? (...). Ce qui nous lit, il n'y a pas assez d'information entre les sous-délégués et les chefs de quartier. C'est pourquoi il fut un temps où nous avons demandé au maire quand même, quand ils ont fait le découpage, que nous ayons quelqu'un pour nous représenter, qui devait être le délégué (...) comme ça nous pouvons avoir des informations à la source et distribuer ça au niveau du quartier. On n'a pas ça, tout est resté en étape. Les informations sont intéressantes, les gens sont intéressés, mais il n'y a pas tellement d'informations. (...). Depuis lors, nous n'avons plus notre délégué parce qu'il est décédé entre-temps. Depuis lors, tout est resté en état, qui est qui ? Qui doit faire quoi ? Où il faut aller chercher, ainsi de suite. C'est maintenant que j'ai eu des informations claires, il faut aller à l'hôpital silence taper les portes là-bas pour qu'on nous dise c'est ici. (...). Or, si moi je ne sais pas en tant que sous-délégué, les autres, comment ils peuvent le savoir ? Ils ne sont pas si intéressés, il n'y a pas beaucoup*

de motivations parce qu'il n'y a pas beaucoup d'explications. Les informations restent ». Le manque de sensibilisation relative à la MS constitue un frein considérable « *Parce que la personne ne peut adhérer à la MS quand elle trouve que la MS a des avantages. L'avantage c'est quoi, c'est le paquet de soins des mutualistes* » (a déclaré M. B.K. président de l'URMS). En effet, avant de s'intéresser à une chose, il faut certainement connaître ses tenants et aboutissants. Or, certains sous-délégués de quartier avec qui nous nous sommes entretenus restent limités par rapport à la connaissance de la MS, ce qui les empêche de jouer efficacement leur rôle de relais communautaire sous ce plan, et de faire passer l'information aux membres du quartier. Il ressort également des propos de notre interlocuteur que la communication entre responsables de quartier (entre délégués et sous-délégués) n'est pas tellement fluide. Il convient donc conformément aux différents aspects évoqués comme frein à l'adhésion, de faire la part des choses entre la volonté des personnes à adhérer à la MS, c'est-à-dire, la décision de puiser dans leurs propres ressources économiques pour honorer ou non les frais d'adhésion, ainsi que la cotisation annuelle, et leur capacité économique à le faire qui est tributaire de leurs revenus économiques.

Il est arrivé que certaines personnes évoquent aussi le manque de temps comme raison de leur non-adhésion. Elles prétendent être très occupées, qu'elles partent tôt au travail et en reviennent tard ce qui fait qu'elles n'ont pas le temps d'aller adhérer. Toutefois, ce facteur est invoqué des fois en même temps que les autres facteurs que nous venons d'évoqués. De toute évidence, les non bénéficiaires de la MS sont laissés en rade par rapport aux prestations de services qu'elle offre à ses bénéficiaires.

III. Prise en charge des bénéficiaires de la MS

Les bénéficiaires de la MS sont pris en charge au niveau des structures sanitaires publiques et des officines privées avec qui la MS ou l'URMS a signé une convention. Ils doivent payer directement le ticket modérateur, c'est-à-dire, un certain pourcentage du coût de la prise en charge que le bénéficiaire doit payer en guise de contribution aux prestations de services sanitaires. Le remboursement de la structure sanitaire ayant délivré des prestations de services aux bénéficiaires de la MS se fait après services dispensés (généralement chaque mois) et le remboursement se fait à l'acte et non par épisodes de maladie. C'est-à-dire, que la MS paie tout acte médical dispensé à ses bénéficiaires. Ceci pose problème quant à la fréquence de tels actes médicaux. Autrement dit, il y a un risque de « sur-prescription ». Selon ce risque, les prestataires de soins peuvent prolonger la prise en charge du patient (par exemple donner des sur-rendez-vous) ou tout simplement prescrire des soins dont le patient peut pourtant bien s'en passer (donc

dépourvu vraiment d'utilité) au profit de la structure sanitaire, alors que le patient ne s'y oppose pas réellement sachant qu'il est assuré, donc qu'il va dépenser moins d'argent.

1. Paquet de prestations de services de santé offert

Les bénéficiaires de la MS (à jour) peuvent bénéficier de deux types de paquet de soins : un paquet de base et un paquet complémentaire. Le paquet de base directement géré par la MS est offert dans les structures sanitaires (PS et CS) avec qui la MS a signé une convention. À ce propos, pour étendre l'offre de soins de santé, la MS a signé une convention avec les PS de la commune, le CS (appelé hôpital silence) et celui du camp militaire. Ces paquets de services sont définis par la politique de la CMU. Le taux de prise en charge par la MS du coût des prestations offertes aux bénéficiaires dépend des services dispensés (Voir Tableau 2 sur le paquet de base pris en charge au niveau des PS et CS).

Tableau 2 : Paquet de base offert au niveau des Postes et Centres de Santé

Services	Taux de prise en charge	Part bénéficiaire
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80%	20%
Médicaments génériques	80%	20%
Médicaments de spécialités	50%	50%
Maternité (consultations pré/post natales, échographie, planification familiale, accouchement simple)	80%	20%
Hospitalisation	80%	20%
Transport (références poste vers centre de santé)	80%	20%
Soins ambulatoires (privé lucratif)	50%	50%

Source : Règlement intérieur de la Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor

S'agissant du paquet complémentaire, il est géré par l'URMS (ce rôle sera dévolu à l'Union Départementale des MS (UDMS)). Il s'agit des prestations de services offertes au

niveau de l'hôpital régional et au niveau des pharmacies privées (médicaments de spécialité) avec qui l'URMS a signé une convention. Pour les pharmacies privées, il y en a trois (au cours de l'enquête). Ce paquet est pris en charge grâce à la subvention générale que l'État verse aux MS puisqu'une partie de cette subvention (15%) revient à l'URMS pour qu'il puisse jouer son rôle. Le taux de prise en charge par l'URMS du coût des prestations offertes aux bénéficiaires de la MS dépend des services dispensés (Voir Tableau 3 sur le paquet complémentaire pris en charge au niveau des hôpitaux). Il convient toutefois de préciser que la prise en charge du lit à 100% par l'URMS au niveau des hôpitaux concerne les sept premiers jours d'hospitalisation. Autrement dit, au-delà du septième jour, le patient bénéficiaire de la MS prend en charge les frais du lit d'hospitalisation à 100%. Et cette prise en charge du lit d'hospitalisation concerne les chambres communes. Au cas où par exemple un patient voudrait être hospitalisé dans une salle autre qu'une salle commune, donc plus coûteuse (tel un cabinet ou une salle individuelle), l'URMS prend en charge le taux de prise en charge d'une salle commune et le patient paie l'excédent ou le différentiel.

Tableau 3 : Paquet complémentaire offert au niveau des hôpitaux

Services	Taux de prise en charge	Part bénéficiaire
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80%	20%
Soins ambulatoires (analyses et examens, radiographie)	80%	20%
Médicaments génériques	80%	20%
Médicaments de spécialités	50%	50%
Maternité (consultations pré/post natales, échographie, planification familiale, accouchement simple)	80%	20%
Césarienne interventions chirurgicales, hospitalisation	100%	0%
Transport (références Centre vers hôpital)	100%	0%

Source : Règlement intérieur de la Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor

Pour bénéficier du paquet complémentaire à l'hôpital régional, le patient bénéficiaire de la MS doit être en règle avec la MS et détenir un bulletin de référence. Pour les pharmacies privées (selon la convention), il faut être muni d'un bon de commande de médicament, disposer de sa carte nationale d'identité ainsi que de son livret de membre, et se présenter dans une pharmacie conventionnée avec l'URMS. Toutefois, le carnet de la MS n'est valable que dans la commune de Ziguinchor puisque la MS n'a signé des conventions qu'avec des structures sanitaires de cette commune. Ceci constitue une limite de la CMU sous l'angle de la MS quand on sait que beaucoup de populations pratiquent par exemple la migration saisonnière et se déplacent constamment d'une commune à une autre, voire à l'intérieur du territoire national. Or, la maladie ne tient pas en compte la notion de frontière. Autrement dit, elle peut frapper à tout moment. Il y a donc une fracture, voire une inégalité socio-spatiale dans la mesure où, les populations qui se trouvent dans des zones ou des localités mieux dotées en structures sanitaires aptes à dispenser des soins de santé de meilleure qualité et avec qui les MS ont conventionné sont plus avantagées que des populations qui se trouvent dans des localités qui en sont mal dotées ou dépourvues. Il convient donc d'étendre la zone géographique de prise en charge des bénéficiaires de la MS au niveau nationale. C'est-à-dire, que chaque bénéficiaire d'une MS puisse se faire traiter où qu'il se trouve dans les structures sanitaires qui se trouvent dans le territoire national.

En plus de cela, certaines prestations de services sont exclues des prestations couvertes par la MS telles définies dans le règlement intérieur de la MS. C'est le cas des antirétroviraux, des lunettes de vue, des lentilles de contact, des prothèses (dentaires inclus), des orthèses, des soins hors du Sénégal. Certains produits et médicaments sont également exclus (Voir Tableau 4 sur les médicaments et produits exclus du paquet de prise en charge).

Tableau 4 : Prestations non couvertes par la Mutuelle de Santé

1. La parfumerie et les produits de beauté;
2. les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants sauf ordonnance, les vins, les eaux minérales, les alcools;
3. les objets à usage médical, notamment thermomètre, vessie, bac et poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, savon, ventouse,
4. les divers articles de la pharmacie notamment bandes, compresses, gaz, coton, aspirine, mercurochrome, eau oxygénée, teinture d'iode, sparadrap;
5. les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif;
6. les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement;
7. sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans au maximum, les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou malformation congénitale.

Source : Règlement intérieur de la Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor

2. Initiatives d'enrôlement dans la MS : le cas des bénéficiaires de la BSF

Les mailles des filets de sécurité sociale au Sénégal sont larges à telle enseigne qu'environ 80% de la population nationale (avant l'année 2012) passe à travers ces mailles puisque n'ayant pas de couverture du risque maladie. Ces populations n'ayant pas une assurance couverture sociale en cas de situation mettant à l'épreuve leur capacité de résilience, faute de n'être pas arrivées haut sur le plan socioéconomique, comptent sur leurs propres moyens et/ou sur l'entraide sociale. Les personnes pauvres, surtout celles qui vivent dans l'extrême pauvreté, ou qui font face à une maladie récurrente ou invalidante, ou qui vivent avec un handicap font surtout face à la situation de vulnérabilité. Les initiatives étatiques telles que le Programme National de Bourse de Sécurité Sociale (PNBSF), la Carte d'Égalité de Chance (CEC) et l'enrôlement de certaines personnes par des structures ou des associations dans la MS constituent des opportunités pour ces populations vulnérables à accéder à des services sociaux de base et de mener une vie décente, tant soit peu, et de prendre soin de leur bien-être socio-sanitaire. De telles initiatives peuvent être considérées comme un rétrécissement des mailles des filets de sécurité sociale afin de capter plus de personnes surtout celles qui en ont le plus besoin parce que n'ayant pas non seulement de revenu stable, mais aussi, que leurs revenus ne leur permettent pas de satisfaire correctement leurs besoins sociaux fondamentaux.

Dans la dynamique d'aider ces personnes vulnérables à accéder à des soins de santé, des programmes ou initiatives appuyés par l'État ont été mis en œuvre. Par exemple, les PVVIH sont enrôlés dans la MS grâce à l'appui de l'État et de certains partenaires pour leur prise en charge dans le cadre de la mutualité. Aussi, dans le cadre du programme de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), un daara pilote (celui du quartier de Alwar) a été choisi et 36 enfants de ce daara ont été enrôlés dans la MS. Pour les pupilles de la nation, c'est-à-dire, les enfants orphelins du "bateau le joola", il y a l'Agence des Pupilles de la Nation (APN) qui a enrôlé dans la MS les enfants qui se trouvent dans ce cas-là. Et au niveau local, il y a une ONG, partenaire de ChildFund qui œuvre dans la défense et la protection des droits des enfants à savoir la Fédération Dimbaya Kagnalen (FDK) qui a enrôlé dans la MS 2 173 enfants (avant l'année 2016). Toutes ces initiatives ont contribué à augmenter le taux d'adhésion dans la MS. Une autre initiative est l'enrôlement des détenteurs de la CEC dans la MS. La CEC permet à son détenteur de bénéficier d'un certain nombre d'avantages dont l'accès gratuit aux soins de santé dans les structures sanitaires publiques conformément à la Loi d'Orientation Sociale (LOS) sur la protection des droits des personnes handicapées et à leur promotion. La personne en situation de handicap selon les besoins qu'il a exprimés et selon les critères de notation mis en œuvre par la Direction Nationale de l'Action Sociale (DNAS) peut disposer sur sa carte un hologramme santé qui garantit à son détenteur la gratuité des soins de santé. La CEC sans hologramme joue toutefois le rôle de Certificat de Handicap (CH) ou de Certificat d'Invalidité (CI). Selon M. M.D. (Président du comité communal des OPH de la commune de Ziguinchor) parlant des prérogatives que confère la CEC : *« C'est l'inclusion, l'égalité de chance pour les personnes handicapées. C'est pour leur conférer tous les droits que les autres peuvent avoir par leurs moyens et par leur possibilité, et eux non pas par manque de moyens et de possibilités. (...) C'est de voir là où il y a désavantage, et la carte va combler ce désavantage »*. Toutefois, au cours de notre enquête, l'hologramme santé n'était pas encore opérationnel. Il semble qu'il y ait des lenteurs administratives puisqu'il n'y avait pas de circulaire émanant du ministère à l'adresse des structures sanitaires pour leur prise en charge effective. Au cours de notre enquête, les bénéficiaires de la CEC sont prévus d'être enrôlés dans la MS pour une prise en charge plus optimale de leur état de santé. Toutefois, l'initiative à laquelle nous allons nous appesantir est celle de l'enrôlement des bénéficiaires de la BSF compte tenu des effets considérables qu'elle a eus dans le processus de la MS par rapport aux autres initiatives.

Le PNBSF est une initiative de l'État lancée le 4 octobre 2013. Le but fixé est d'aider les ménages, notamment les personnes les plus vulnérables à faire face à la situation de pauvreté

et à son corolaire dont l'exclusion aux services sociaux de base tels que l'éducation et la santé. Ce programme est basé à l'instar des MS sur la solidarité ou l'entraide sociale grâce à la redistribution des richesses nationales afin de lutter contre les inégalités sociales et promouvoir la justice sociale. Cette initiative s'harmonise avec l'objectif relatif à l'élimination de l'extrême pauvreté et la faim (OMD1) puisque les ressortissants de cette politique perçoivent chaque trimestre la somme de 25 000 francs CFA grâce à la « *carte yakaar* » dont ils disposent. Or, selon le PSE (2014) le niveau d'incidence de la pauvreté en 2011 était de 46,7% par rapport à l'objectif fixé qui était de 34% pour l'atteinte des OMD. Ainsi, le PNBSF vient renforcer ou accélérer le processus qui est enclenché depuis 2000 visant à réduire les inégalités socioéconomiques dans l'atteinte des OMD fixé en 2015.

Les gestionnaires de la BSF (dans le ciblage) sont souvent des femmes de ménage compte tenu du rôle qui leur a été assigné dans la gestion des ressources financières du ménage, et de leur vulnérabilité par rapport aux hommes puisqu'elles sont parfois victimes de discrimination sexuée en raison du conflit de genre, lequel conflit engendre des disparités sur plusieurs plans au préjudice des femmes. Considérée sous cet angle, l'initiative de la BSF s'harmonise avec l'objectif stratégique consistant « *à autonomiser et à promouvoir la femme et la jeune fille* » (PSE 2014 : 88). Quoique cette initiative repose sur des critères de sélection, le fait de privilégier certains groupes et de laisser en rade d'autres (qui estiment être en droit d'en bénéficier eux aussi), et au sein du ménage de nommer la femme comme gestionnaire de la bourse, entraînent des frustrations de certains membres de la population par rapport à un tel ciblage. Quand bien même sa mise en œuvre nécessite des modalités techniques complexes, elle n'échappe pas aux enjeux éthiques et moraux.

Dans le cadre de la CMU avec l'objectif étatique de couvrir 75% de la population nationale, les bénéficiaires de la BSF sont enrôlés dans la MS et bénéficient de la gratuité des soins à 100% dans les structures conventionnées avec la MS ou l'URMS. Sur leurs carnets, il est apposé un cachet contenant les lettres PEC (Prise En Charge) pour signifier qu'ils bénéficient de la gratuité des soins de santé, c'est-à-dire, qu'ils sont dispensés du ticket modérateur. Pour les bénéficiaires de ce programme, les droits d'adhésion à la MS et la cotisation annuelle sont pris en charge par l'État. Ce dernier verse à chaque bénéficiaire une subvention ciblée et totale. Pour les adhérents, la subvention est de 10 500 francs CFA répartie comme suit : photos 500 francs, ticket modérateur 2 000 francs, cotisation 7 000 francs et carnet 1 000 francs. Pour les personnes prises à charge, la subvention est de 9 500 francs CFA (le carnet étant familial, il n'est pas pris en compte). Pour la première génération des bénéficiaires

de la BSF (enrôlée dans la MS au cours de notre enquête), l'enrôlement a eu lieu depuis le mois de septembre 2015. Au total, 6 377 personnes bénéficiaires de ce programme ont été enrôlées (nous a confirmé la PCA de la MS). L'enrôlement dans la MS des autres générations de bénéficiaires de la BSF est en cours.

Cette initiative rencontre toutefois quelques obstacles et entraîne une certaine frustration de la part de certaines populations bénéficiaires de ce programme ou pas. En effet, seule la gestionnaire de la BSF (si c'est une femme bien-entendu), son mari et leurs enfants biologiques qui sont enrôlés dans la MS sur la base de listes que reçoit la MS. Autrement dit, dans le cas où le chef de ménage a deux femmes, une seule sera choisie pour être gestionnaire de la bourse, et c'est cette dernière et leurs enfants biologiques (sauf les enfants âgés de plus de 21 ans puisqu'ils ne sont pas enrôlés dans la MS dans le cadre de ce programme) qui bénéficient de la gratuité des soins de santé, alors que l'autre femme et ses enfants doivent payer leurs droits d'adhésion et honorer la cotisation s'ils veulent bénéficier des prestations de services de la MS. Comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs chefs de ménage ou de famille, en plus de leurs enfants biologiques ont en charge certains enfants. Une telle situation entraîne des mécontentements et crée un conflit au sein de certaines familles comme nous l'a montré notre enquête. C'est le cas de B.M. (SDQ, BSF, non bénéficiaire de la MS), il a choisi sa première femme comme gestionnaire de la BSF, mais un problème s'est posé au point qu'il était obligé de choisir cette fois-ci sa seconde femme. Lorsque sa seconde femme (informée par son mari) est allée percevoir la bourse au moment venue, au retour, elle a remis à son mari 5 000 francs CFA et prétend que le reste de la somme (20 000 francs CFA) est pour elle et ses enfants (pour leurs besoins). Le refus de partager la bourse avec les autres membres de la famille peut s'expliquer par l'insuffisance de celle-ci par rapport aux besoins sociaux de tous les membres de la famille, mais aussi, par le fait qu'elle a été reléguée au second plan et ignorée dans le choix de la gestionnaire de cette bourse. L'autre femme et ses enfants sont donc laissés en rade. Le refus de partager la bourse avec la ou les coépouses est aussi arrivé dans d'autres familles selon des témoignages. La BSF offre donc deux avantages que détient le gestionnaire de la BSF, celui de retirer l'argent (avec le risque de s'en approprier) et d'être enrôlé dans la MS. Certains bénéficiaires de la BSF qui avaient adhéré à la MS avant cette initiative ont conservé leurs carnets (après leur enrôlement à la MS) à jour et y ont inscrit (avec l'argent de leur propre poche) certains membres de leur famille qui ne bénéficient pas de la PEC qu'octroie la BSF. Autrement dit, qu'une partie de la BSF, voire l'intégralité de la bourse peut être utilisée à des fins de santé pour la prise en charge des personnes qui ne bénéficient pas de cette opportunité

quand on sait d'ailleurs que les chefs de familles sont responsables des personnes (notamment des enfants) qui leur ont été confiées et des fois assument entièrement leur charge.

L'enrôlement de ces bénéficiaires dans la MS pose également problème non seulement au niveau des responsables de quartier, mais aussi des bénéficiaires de cette bourse. Dans certains quartiers, les listes des bénéficiaires n'ont pas été envoyées à la MS à temps pour leur enrôlement par manque de compréhension (selon un DQ qui s'est retrouvé dans ce cas précis) ou à cause d'un conflit relationnel (ce qui s'est passé dans un quartier parce qu'un secteur a envoyé ses listes à la MS alors qu'il a été convenu et retenu qu'il fallait d'abord rassembler toutes les listes des secteurs et qu'un responsable a été désigné pour aller les déposer au niveau de la MS). C'est donc dire que certains responsables de quartiers n'ont pas bien assumé leurs rôles, et cela à porter préjudice aux bénéficiaires de la BSF. Par rapport aux bénéficiaires de la bourse, certains n'étaient pas intéressés pour l'enrôlement dans la MS ou du moins, ont trouvé des excuses pour ne pas être là lorsqu'un photographe en collaboration avec les responsables de quartier leur a été envoyé dans leurs zones respectives par la MS pour la prise gratuite des photos, sous prétexte qu'ils avaient autre chose à faire et que le temps leur manquait. Selon un DQ, il a lancé l'appel pour que les populations viennent prendre les photos, mais « *Pratiquement, néant. Personne n'est venue* ». Et quand bien même certaines personnes aient réussi à être enrôlés dans la MS, c'est-à-dire, qu'ils vont bénéficier de la gratuité des soins de santé, elles n'ont pas récupéré leurs carnets. Dans un quartier, selon le vice-président de ce quartier : « *Avec la BSF, je peux te dire que pour avoir ces carnets, c'est ici que je les distribuais. Je chargeais toujours mon portable en ligne, chaque jour j'appelais pendant trois mois, mais les carnets sont encore là. J'ai opté pour dire que moi, je ne peux plus faire le bonheur des gens quand ils n'en veulent pas. Je téléphone, venez disposer d'un carnet qui est là, mais il faut aller jusque chez eux pour leur donner le carnet. (...). Dans le quartier, on a tellement sensibilisé, mais j'espère que quand ils tomberont malades, ils viendront chercher le carnet. Ils ne sont pas dans le besoin parce qu'ils n'ont rien dépensé. La gratuité, je ne sais pas, mais ça un mauvais côté aussi. Les gens pensent qu'ils doivent tout recevoir. (...). Les gens pensent qu'ils ont le même carnet que les autres qui sont pris en charge par l'État à 100%. Les gens pensent qu'eux aussi, qu'ils n'ont rien à donner. Ce qui fait que quand je donne le carnet, tu viens je te dis ce qui te lie à la mutuelle, si on est pris en compte, les autres ne sont pas pris en compte, les soins et les médicaments pris en compte. (...). Environ trois mois depuis le début de la distribution, certains n'ont pas encore retiré leurs carnets. Sur une centaine de carnets, il reste une trentaine et c'est des gens qui sont dans le quartier* ». Ce fait nous montre que la MS n'occupe pas une préoccupation pour beaucoup de populations. Pour certaines personnes,

elle ne suscite aucun intérêt, ni de motivation à moins qu'elles n'en ressentent vraiment le besoin. Ce dernier interlocuteur souligne également le côté négatif de la gratuité. En effet, étant donné que les bénéficiaires de la BSF n'ont rien contribué pour bénéficier des prestations de services de la MS, certains ont tendance à négliger la MS. Dans ce quartier, environ 1/3 de bénéficiaires n'ont pas retiré leurs carnets pour pouvoir se soigner gratuitement au moment où ils auront besoin de soins de santé. Selon le représentant d'un délégué de quartier (qui n'est autre que son fils) lors de notre enquête, mené une étude dans ce quartier à propos de la MS est une perte de temps parce que tout ce qui intéresse les gens, ce qu'ils veulent entendre, c'est de savoir comment bénéficier de la BSF avant d'affirmer avec certitude que « *la MS et la BSF vont de pair* ».

Cette initiative quoique louable, peut constituer un frein à l'adhésion pour certaines populations ou retarder leur adhésion à la MS sous prétexte qu'ils peuvent bénéficier un jour de la BSF et être à la fois enrôlé dans la MS, ce qui est doublement avantageux. C'est le cas de S.S. (CQ, non bénéficiaire de la MS) : « *J'ai acheté le carnet. Je bénéficie de la BSF, c'est pourquoi ça a pris du temps. Je suis de la troisième génération. J'ai négligé ça, mais je sais qu'elle est utile. (...). Avant de savoir son utilité, il faut que tu en aies besoin. Moi j'encourage les gens du quartier à cotiser, à acheter le carnet parce que je fais partie du conseil. (...). Les gens s'intéressent, ils adhèrent. (...). La mutuelle de santé, j'y ferais ma préoccupation parce que je ne pourrais pas attendre jusqu'à ce que les gars viennent* ». Cette dernière est consciente de l'utilité de la MS et a même acheté son carnet, mais hésite à cotiser avec ses propres moyens parce qu'elle est bénéficiaire de la BSF (troisième génération qui n'est pas encore enrôlée dans la MS au cours de notre enquête) alors qu'il semble qu'ils seront un jour enrôlés dans la MS. Toutefois, elle se pose des questions quant à la durée de cette attente.

Au cours de nos entretiens, nous avons rencontré un cas où le chef de ménage nous a affirmé qu'ils avaient oublié qu'ils détenaient le carnet, donc sa femme (qui a des problèmes de santé notamment quand elle est en grossesse) est allée se faire consulter sans utiliser le carnet, et même que la dernière ordonnance s'élevait à 15 800 francs CFA, alors qu'ils bénéficiaient de la gratuité de soins (PEC) parce qu'ils faisaient partie de la première génération. Toutefois, sa femme peut-être par gêne ou par honte, nous a affirmé que personne n'était malade dans la famille au point d'utiliser le carnet.

La prise en charge des bénéficiaires de la MS a été l'aboutissement d'un long processus rendu possible grâce à l'intervention de plusieurs acteurs qui sont intervenus à différents niveaux.

IV. Partenaires de la MS

Dans le processus de la mutualité, plusieurs partenaires ont contribué à la mise en place et l'équipement en matériel des MS en vue de leur fonctionnement, voire ont contribué dans la sensibilisation. Il y a par exemple l'ONG PACTE, le programme Santé USAID, l'ONG Wordl Education, l'ONG YMCA (Young Men Christian Association, c'est-à-dire, l'union chrétienne de jeunes gens) et Africare (ONG qui travaille dans la mise en œuvre du programme Santé-USAID communautaire).

L'ONG PACTE est installée à Ziguinchor depuis 1996. Elle participe au développement de la commune de Ziguinchor en intervenant dans l'accompagnement des populations (en les aidant par exemple à monter et à dérouler des projets) et des autorités locales dans la résolution des problèmes auxquels elles sont confrontées. PACTE a joué un rôle dynamique et déterminant dans le montage et la mise en place des premières MS de la commune de Ziguinchor (au moment de leur genèse) avec l'aide de certains bailleurs ou partenaires tels que l'USAID et l'Union Européenne (UE) à travers la RM. Lorsque des populations expriment une demande à PACTE de leur volonté de mettre en place une MS, les membres du CIM sont constitués par la suite pour le travail de sensibilisation. C'est ainsi que quatre MS ont été mises en place en 1997 (apparemment les toutes premières dans la région de Ziguinchor) par l'ONG PACTE et ses partenaires. Il s'agit des MS des quartiers de Kandé (la MS DIATTA KERIA), de Peyrissac, de Lyndiane et de Kandialang. Ces MS ont tous tenu leur AGC, toutefois, par manque de moyens d'accompagnement, elles n'avaient pas fonctionné. C'est en 2003, suite à l'appui des partenaires que les quatre MS déjà existantes ont été relancées, et d'autres ont été créées comme la MUSAPEC et KASONTENOOR (une MS créée en 2005). Cependant, les MS de Peyrissac et de Kandialang n'ont jamais fonctionné jusqu'à ce jour. La MS DIATTA KERIA avait pris un bon départ grâce à l'aide d'un partenaire CCF avant que la mutuelle ne fasse faillite en 2012 à cause d'un problème de gestion semble-t-il. Pour mieux étendre sa contribution dans la mutualité, l'ONG PACTE avait signé un partenariat avec le programme Santé-USAID pour la période 2006-2011 dans le cadre du suivi des MS.

Le programme Santé-USAID est un programme basé à Ziguinchor depuis 2006 dont le bureau se trouve dans la région de Kolda. Ce programme intervient dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda pour contribuer dans l'amélioration de l'état de santé des populations. Pour la période 2006-2011, un programme dénommé politique et financement du système de santé a été lancé, et un appui aux MS dans la Casamance a démarré dans cette période. Le programme Santé-USAID s'est imposé comme PTF privilégié des MS en

Casamance. Ce programme encadre les MS dans divers domaines. Il les appuie dans l'équipement de leurs bureaux en outils de gestion, en plus de cela, il y a la formation en GAF des membres du bureau de la MS. D'ailleurs, c'est avec le concours de ce programme en collaboration avec l'ONG PACTE que les MS APOYA (qui a tenu son AGC le 22 novembre 2008) et BOUCOTTE EST ont vu le jour. C'est ainsi que lors du démarrage de la MS de la commune de Ziguinchor (tout comme pour d'autres MS), le programme l'a octroyé des centaines de carnets pour le démarrage de ses activités. Il appui aussi l'URMS en outils de gestion, formation et en rapport avec les activités qu'elle déroule. Ce programme a été renouvelé pour la période 2011-2016, et a apporté une aide considérable dans la mise en place des MS dans le cadre de la CMU. Selon M. C.W. (Conseiller en financement social au niveau Du programme Santé-USAID de Kolda) parlant de la mutualité : « *C'est la seule stratégie viable. La population a intérêt à s'approprier cette stratégie qui peut leur permettre d'avoir même un plus (...). On pense qu'en appuyant l'État à mettre en place des MS, on pourrait améliorer l'accès à la santé* ».

Une autre ONG qui a contribué à la mise en place des MS dans les régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor, c'est l'ONG Wordl Education Sénégal (basée à Ziguinchor depuis des années) qui intervient dans des domaines tels que la communication, l'éducation, l'autonomisation économique des femmes (notamment à travers la mise en place des mutuelles d'épargne et de crédit) et la mutualité de santé. Dans le programme débuté en 2015 financé par l'USAID et mis en œuvre par l'Union Régionale SANTE YALLA qui est une association qui regroupe beaucoup de Groupement d'Intérêt Économique (GIE) de femmes des différentes localités dans la région de Ziguinchor, l'ONG Wordl Education a contribué à la mise en place ou à la restructuration de certaines MS en collaboration avec des acteurs notamment du programme Santé-USAID, de PACTE, de Africare et des unions faïtières des MS. Le programme de Wordl Education a participé au financement de certaines activités relatives au processus de la mutualité dont l'appui de l'URMS dans le suivi des CIM, leur formation ainsi que la formation des formateurs des membres du bureau en GAF. Un tel soutien s'explique quelque part par le fait « *que nous pensons que l'avenir des MS se trouve dans les unions faïtières* » a déclaré M. M.D. (Conseiller en MS du programme Développement du leadership des femmes à l'Union Régional SANTA YALLA).

Enfin, une ONG que nous allons évoquer et qui a contribué notamment dans la sensibilisation des populations par rapport à la MS est l'ONG YMCA (basée à Ziguinchor depuis 1984) qui pour vision « *de renforcer les capacités des jeunes pour une renaissance*

africaine », pour mission « *d'œuvrer pour le développement de jeunes accomplis, responsables dans sa famille, leader au niveau de sa génération, et engagés dans sa communauté* » et comme devise « *éduquer, former, servir* ». Ce partenariat est né sous l'impulsion du président de l'UDMS et vice-président du CA de la MS de la commune de Ziguinchor¹⁶. À cet effet, des jeunes volontaires de cette ONG ont accepté d'être formés par rapport au concept de la mutualité, bref, d'avoir une connaissance élargie d'elle pour pouvoir transmettre l'information au niveau de la communauté. C'est ainsi qu'au mois de décembre 2015, en collaboration avec les jeunes de YMCA, la MS a organisé une grande randonnée pédestre dans la commune de Ziguinchor. Équipés d'une banderole, ils ont circulé dans la ville en ciblant dans leur parcours quelques zones stratégiques où ils pouvaient trouver plus de monde tel que les marchés, les hôpitaux, les établissements scolaires et les lieux publics. Selon M. A.S.D. (superviseur du programme : le service des citoyens internationaux qui est un programme de volontariat qui est commandité par le gouvernement anglais en collaboration avec YMCA Sénégal pour la lutte contre la pauvreté, dans le cadre du maintien des fontaines en tant que citoyen du monde et également au développement personnel des volontaires de YMCA) : « *Parce qu'on s'est dit, on est des jeunes, on veut soutenir notre communauté. Et c'est dans ce sens même qu'on a organisé une randonnée pédestre qui a eu un plein succès et aujourd'hui tout le monde en parle, et que beaucoup d'organisations veulent faire des randonnées comme nous. Parce que l'objectif c'est de servir les communautés, parce que si tous les jeunes restent sans rien faire, quelle sera la génération qui va apporter des changements dans la communauté ? Quelle sera la jeunesse qui va donner des informations utiles à la communauté ?* ». La contribution de ces jeunes dans le processus de la mutualité peut être appréhendée comme un moyen d'afficher leur esprit civique dans la participation citoyenne, et de valoriser leur volonté de se mettre au service de la communauté. Un tel engagement des jeunes doit servir de modèle pour montrer que la MS est une affaire de tous, toute personne tant soit peu, a la possibilité de participer dans ce processus.

Grâce à l'appui des différents partenaires de la MS, celle-ci est mieux connue, mieux équipée et outillée pour dispenser un service adéquat à ses usagers. Toutefois, la MS peut se servir de certains leviers pour booster la qualité de ses prestations de services.

¹⁶ - En réalité, YMCA était un partenaire de la MS APOYA.

V. Leviers de la MS

La qualité de soins de santé devient de plus en plus un jeu de pouvoir. Ainsi, entre les acteurs de la mutualité, les prestataires de soins et les populations, il peut exister un triptyque de relation complexe de jeux de pouvoir et d'intérêt de part et d'autre où chaque acteur va essayer de tirer la situation à son avantage. Comme l'atteste pertinemment Michel CROZIER : « *Aucun système d'organisation ne peut se constituer sans relation de pouvoir et toute organisation se structure autour des relations de pouvoir qui permettent d'effectuer la nécessaire médiation entre les objectifs à atteindre et les moyens humains indispensables à leur réalisation.* ». (Michel CROZIER, « Sentiments, organisations et systèmes ». In : *Revue française de sociologie*. 1971, 12-1. Analyse de systèmes en sciences sociales (II), p. 144. In : AYÉNA, 2012 : 171). Dans le but de favoriser cette qualité de soins, la MS doit jouer le rôle d'un intermédiaire informé, actif et compétent entre patients et prestataires. De manière générale, les normes et objectifs de qualité de soins de santé que les pays d'Afrique se fixent sont limités par les faibles moyens financiers des systèmes publics de santé, ainsi que la faible capacité de paiement d'une grande partie de la population et des systèmes d'assurance.

Malgré ce contexte si décevant, les MS peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins grâce à certains leviers. Il s'agit des leviers évoqués par CRIEL Bart, BLAISE Pierre et FERETTE Daniel (2006). Selon ces derniers, jusque-là, ces leviers demeurent des visions théoriques puisqu'il n'y a pas véritablement d'études pour rendre compte de manière pragmatique l'amélioration de la qualité des soins à partir des MS. Malheureusement, l'influence des MS dans ce sens reste limitée pour des raisons qui seront évoquées dans chaque levier. Nous ferons dans un premier temps une présentation de chaque levier et de ses limites selon ces auteurs, puis nous verrons ce que ces leviers ont donné sur notre terrain d'étude.

1. Levier financier

Grâce à leur apport financier supplémentaire et plus stable aux services de santé, les formations sanitaires (surtout celles qui sont confrontées à des problèmes de ressources financières) disposent plus de fonds pour rehausser la qualité de leurs prestations sanitaires. Cependant, le faible taux d'adhésion qui réduit à son tour le développement des MS (donc moins d'apport de ressources supplémentaires plus importantes) entrave ce levier.

La MS de la commune de Ziguinchor comme nous l'avons déjà souligné a signé une convention avec les PS de la commune, ainsi qu'avec le CS. Quant à la convention avec l'hôpital régional, elle fut signée entre cette structure et l'URMS. Compte tenu des charges de l'hôpital régional, il a été demandé à l'URMS de verser une certaine somme d'argent (caution)

qui a été revue grâce à des négociations et finalement fixée à 500 000 francs CFA. Au cas où l'URMS aurait du mal à payer par exemple ses factures, cet argent va servir de garanti et si les 2/3 ont été atteints, la caution doit être renouvelée. D'autres structures sanitaires telles que le CS n'ont pas demandé de caution. Toutefois, du fait que la MS compte peu de bénéficiaires, l'apport financier n'est pas si important pour les structures sanitaires. Donc, le levier financier est entravé pour l'instant sauf si, à en croire M. J.P.D. (adjoint au Médecin-chef de la Région (MCR) médicale de Ziguinchor) : « *si elle arrive à s'asseoir correctement et à pouvoir amasser beaucoup d'argent, elle va devenir plus exigeante sur la qualité des services offerts par la structure de santé* ».

2. Levier contractuel

Le respect de la convention entre MS et formations sanitaires peut améliorer la qualité de soins dans la mesure où les MS se trouveront dans une posture de réclamer certaines exigences liées à la fourniture des soins. Avec les pharmacies, elles peuvent encourager l'utilisation des médicaments génériques. Cependant, capter le processus et les résultats des soins offerts aux bénéficiaires de la MS est une tâche difficile. Les MS sont parfois perçues comme étant non qualifiées dans le débat de la qualité des soins. En plus, favoriser les bénéficiaires ou une catégorie de personnes semble ne pas faire partie des obligations des services publics qui doivent veiller à l'intérêt général des populations.

Par rapport à notre étude, tous (administrateurs de la MS, URMS, partenaires ou promoteurs de la MS) s'accordent pour dire que la relation qui lie la MS et les structures sanitaires « *n'est pas une relation hiérarchique, mais c'est une relation fonctionnelle* ». C'est une relation de confiance basée sur la négociation en cas de désaccord. La convention signée avec les structures sanitaires constitue un levier pour la MS dans la mesure où, comme le dit M.S. (Animateur à l'ONG PACTE) : « *Dans la convention il y a les engagements des deux parties. Chacun doit respecter. Mais si quelqu'un ne respecte pas, l'autre partie a le droit de taper sur la table, et c'est la convention qui donne suffisamment de droit de taper sur la table si ça ne va pas* ». Toutefois, la MS n'influe pas directement sur la qualité de soins de santé, mais peut intervenir lors des réunions de coordination ou de suivi. Elle peut poser les problèmes ou les contraintes qu'elle-même ou les bénéficiaires de la MS rencontrent au niveau des structures sanitaires et emmener des changements. C'est par exemple le cas des ordonnances. Certaines structures sanitaires avaient l'habitude ou pour des raisons de rupture, de délivrer des ordonnances qui ne remplissaient pas certaines normes. Avec la MS, étant donné qu'elle n'accepte pas les ordonnances sans en-tête, les structures sanitaires étaient tenues de se

conformer à cette règle grâce au levier contractuel, quitte à « *courir pour chercher coûte que coûte ce dont on a besoin pour satisfaire les mutualistes* », d'après un prestataire de soins. Tout s'appuie sur la convention qui sert de cadre, de document de référence et permet de sécuriser ce qui doit être fait comme service rendu. C'est ce qu'atteste G.C. (président de l'UDMS) : « *Nous intervenons pour améliorer la qualité parce que tout est compris dans la convention. Donc si la MS intervient, elle intervient sur la base de la convention qui a été signée. Chaque fois qu'il y a une entorse à un article, la MS peut attirer l'attention du Poste Santé qui est l'objet de cette entorse-là pour essayer de voir ses droits* ».

Par rapport à la qualité des soins de santé, la MS ne s'immisce pas directement mais fait appel à des médecins conseils pour avoir leurs remarques ou suggestions, et voir ce qu'il y a lieu de faire pour mieux améliorer l'offre de santé dispensée à ses bénéficiaires. À vouloir directement intervenir sur l'acte sanitaire ou sur l'aspect technique de l'offre de soins, cela risque de créer des désagréments et la MS risque d'être confrontée à des embûches. O.C. (prestataire de soins) nous présente la situation pour sa part : « *Mais moi en tant que prestataire de soins, je suis libre de mes prestations de soins. Je ne peux pas exercer ou pratiquer la médecine sous aucune forme de contrainte. Le jour où je ressentirai une contrainte dans la pratique médicale, j'arrêterai de pratiquer (rire). (..). Mais la mutuelle ne va pas venir me dire par exemple, vous avez prescrit l'amoxicilline de la pharmacie, il faut changer. Là ils ne peuvent pas. (..). En fait ils ne peuvent pas parce que ce n'est pas de leur compétence, ni de leur responsabilité. Et surtout les soins de santé, pour qu'ils puissent être faits correctement, il faut qu'il y ait la confiance* ». Partant de ces propos, l'influence que peut exercer la MS sur l'offre de services de soins de santé reste limitée. La MS est perçue comme étant incompétente pour s'immiscer sur ce qui relève du professionnel de santé et à vouloir y persister, un tel comportement pourrait être assimilé à de l'ingérence ou à un manque de confiance. Par exemple, la MS est mal placée pour pouvoir imposer au médecin de prescrire des médicaments génériques (IB) à ses bénéficiaires parce qu'étant moins coûteux que les médicaments de spécialités. Ce que la MS peut faire, c'est de suggérer, de négocier ou bien de faire appel à niveau supérieur du système de santé.

3. Levier de contrepuissance vis-à-vis des prestataires de soins

Les membres de MS disposent plus de moyens financiers et humains que les non bénéficiaires pour défendre unanimement un point de vue commun. Grâce à leur contact avec les canaux et relais d'information (AG ou délégués), ils sont mieux informés sur les formations sanitaires et sont bien placés pour défendre leurs droits. Cependant, à vouloir exercer des

pressions et jouer le rôle de contre-pouvoir dans le but de changer les comportements des prestataires, on peut passer d'une « *logique de collaboration, de partenariat* », à une « *logique de confrontation* ».

Parmi les bénéficiaires de la MS que nous avons soumis notre guide d'entretien, la plupart d'entre eux affirment avoir plus de facilité dans les structures sanitaires que certains malades en matière d'accès aux soins de santé sur le plan pécuniaire ou financier, mais que le carnet de la MS n'a pas de valeur symbolique, ni n'octroie plus de droit à son détenteur dans les structures sanitaires, un droit que n'a pas une personne qui n'a pas adhéré à la MS. Ils se considèrent malades comme tous les autres qui n'ont pas une MS, donc, ils doivent et même s'attendent à être traités au pied d'égalité que les non bénéficiaires. Ils ne s'attendent pas à un traitement de faveur. D'après F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) : « *Non, non, les soins c'est pour tout le monde. Ce n'est pas parce que tu bénéficies de la mutuelle de santé que tu as plus de droits que celui qui n'y ait pas dans l'accès aux soins. Si c'est vraiment ça, c'est celui qui n'est pas dans la mutuelle de santé qu'on doit privilégier parce que lui n'a pas d'aide. Lui, il se soigne avec ses propres forces. Ils doivent soigner uniquement. Traiter tous les patients au pied d'égalité. Si tu vas à l'hôpital, tu dois faire la queue comme le fait celui qui n'est pas dans la mutuelle. Ce n'est pas parce que tu es dans la mutuelle que tu dois passer sans faire la queue* ». Selon cette dernière, non seulement il ne serait pas opportun de favoriser les bénéficiaires de la MS et laisser en rade les non bénéficiaires, mais elle préférerait même qu'on privilégie dans le traitement ces derniers parce que n'ayant peut-être pas les moyens d'adhérer à la MS. Ceci est caractéristique d'une société solidaire où il y a l'entraide et où les plus forts viennent au secours des plus faibles.

De la part des prestataires de soins, les bénéficiaires de la MS sont traités au même titre que les non bénéficiaires, pas de favoritisme. Un malade reste un malade, ils bénéficient des mêmes prestations de services, donc il n'y a pas de différence dans le traitement. En outre, les bénéficiaires de la MS sont perçus comme des patients passifs qui ne peuvent pas influencer leur traitement. Un manque de connaissances de ce qu'ils peuvent réclamer en matière de soins de santé conformément à la convention limite d'ailleurs ce levier. Toutefois, certains bénéficiaires de la MS bien informés sur ce qu'ils peuvent prétendre, et insatisfaits du service rendu au niveau des structures sanitaires conventionnées, font appel des fois au bureau régional de l'union des MS pour avoir gain de cause, à en croire A.C. (Secrétaire général de l'URMS).

Certains prestataires de soins affirment que des bénéficiaires de la MS, parce qu'ils ont le carnet, réclament des soins de complaisances (surconsommation). Ce comportement est appelé « *risque moral* », c'est-à-dire, quand les bénéficiaires de la MS tendent à utiliser de

manière abusive ou plus que d'ordinaire les prestations de soins offertes parce qu'étant assuré. Si un tel comportement va à l'encontre de l'esprit de la MS, pour les bénéficiaires par contre, il est vu comme un moyen de maximiser le rendement de leurs cotisations quoique le ticket modérateur en principe, vise justement à réduire de telles pratiques. Mais il se trouve que les bénéficiaires de la BSF sont exempts de ce ticket. Ainsi, il arrive à certains bénéficiaires de la MS de réclamer des bilans ou des ketchups sans consultation préalable, et même de demander au médecin de leur prescrire une ordonnance pour eux-mêmes, voire pour un membre de leur famille ou un voisin souffrant, ou pour tout simplement équiper leur boîte à pharmacie. Or, les bilans ou ketchup sont recommandés en principe par le prestataire de soin s'il ressent le besoin, et les ordonnances sont délivrés après consultations et diagnostics du prestataire de soin. Un médecin du district sanitaire nous a même confié que certains bénéficiaires de la MS « *vont jusqu'à simuler les signes du voisin pour essayer d'avoir la même prescription que le voisin. C'est-à-dire, venir se faire consulter à la place de son voisin pour pouvoir avoir le médicament* ». Ce dernier poursuit : « *Les patients quand même, les mutualistes, il y en a pour certains qui veulent de plus en plus des prestations de complaisance. Et ça, ça risque de tuer même l'esprit de la mutuelle* ». De tels agissements découlent certainement d'un manque de sensibilisation sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la MS. Partant de ces faits, le carnet de la MS pour certains, leur octroie un contre-pouvoir vis-à-vis des prestataires de soins non pas pour un traitement de faveur par rapport aux non bénéficiaires de la MS, mais dans l'accès (surtout financier) aux soins de santé. Toutefois, ce levier se heurte avec la logique des prestataires de soin qui sont tenus par un devoir moral dans l'exercice de leur fonction.

Si le carnet de la MS constitue un levier dans l'accès aux soins de santé, il peut constituer une contrainte. C'est ce que rapport I.G. (CQ, bénéficiaire de la MS) : « *Sauf dans les pharmacies où je vois quelques fois, si tu sors le carnet, on te dit bop. Tu vois ce que ça fait. Ils sont un peu découragés. Si tu sors le carnet avec l'ordonnance, ils ne sont pas tellement contents. Je ne sais pas comment ils sont venus à être d'accord avec l'État, mais vraiment, s'ils peuvent changer ce caractère-là. Si le client vient, qu'on le traite comme tout le monde qui a la liquidité. Parce que tu peux venir, tu as ton carnet, celui qui vient sans carnet, c'est lui qu'on traite d'abord. Oui, là ça m'est arrivé. On traite ce dernier-là parce que lui paie cache, toi qui as la mutuelle, tu vas attendre* ». Pour ce dernier, il n'a pas été servi à temps dans cette officine parce qu'il a le carnet, donc, qu'il va payer 50% du prix du médicament alors que celui n'a pas la MS paie cache. Toutefois, cela peut aussi s'expliquer par le fait que le service à rendre aux bénéficiaires de la MS est plus contraignant puisque le pharmacien doit remplir le bon de

consommation de médicaments, alors qu'ils ne paient que la moitié de leurs ordonnances pour les médicaments de spécialité.

4. Levier de porte-parole compétent des usagers dans les débats et enjeux de politique de santé

Les MS grâce aux différentes concertations peuvent exprimer la voix des usagers dans les débats de politique de santé et surtout en rapport avec la qualité des soins. Pour que cela soit vraiment opérationnel, les réseaux mutualistes doivent éviter de disperser leurs efforts et partager les informations. Or, dans certains pays, les données issues des études des MS sont très limitées.

Par rapport à notre étude, la mutualité est un système bien structuré. Nous avons de la base au sommet : la MS, l'UDMS créée en 2015, l'URMS, l'Union Nationale des MS Communautaires (UNAMUSC) dont le siège se trouve à Kaolack et la fédération nationale. Au niveau de la région de Ziguinchor, l'URMS joue un rôle de coordination, de supervision et de manager. M. B.K. (Président de l'URMS et membre du Comité Régional de Développement (CRD)) nous précise que « *C'est la personne morale des mutuelles de santé au niveau de la région* ». L'URMS veille à ce qu'il y ait égalité au niveau de la formation des ateliers nationaux et régionaux. Chaque trimestre, un travail de supervision est effectué dans la région pour faire un suivi-évaluation des MS. Une descente est faite sur le terrain pour diagnostiquer les problèmes que rencontrent les MS et recueillir des données au niveau de ces mutuelles. Ces données viables et fraîches sont partagées avec la RM. À son tour, le MCR médicale fait un compte rendu au gouverneur dans le cadre du CRD, comité auquel fait partie aussi le nouveau chef de l'agence régionale de la CMU investi de ses fonctions au mois de juillet 2016. Chaque mois, les MS envoient des données au niveau de l'UDMS. Une fois ces données produites, l'URMS les recueille puis un travail de synthèse est fait avec l'UNAMUSC. Donc, en cas de besoin, ces données peuvent être remontées à différents niveaux.

De nos jours, avec l'avènement de la CMU et conformément à l'acte III de la décentralisation, les autorités administratives locales sont impliquées dans le processus de la mutualité. Par exemple, dans la constitution des membres du CIM pour les départements de Ziguinchor, Bignona et Oussouye, le préfet avait sorti un arrêté avec des critères dans le choix des personnes membres de ces CIM. Et ce sont les maires qui étaient chargés de désigner ces personnes. Aussi, la plupart des CIM ont été coordonnés soit par le maire en personne ou par son représentant. Au niveau du département, le préfet est le président du Comité Départemental de Suivi (CDS) et d'évaluation des MS. Ce comité, coiffé par le préfet, se réunit

trimestriellement. Les membres de ce comité sortent du Comité Départemental de Développement (CDD). Ces différents acteurs jouent un rôle dans le portage du projet de la CMU (extension du plan d'action de la couverture du risque maladie au niveau départemental notamment dans le secteur informel) en amont et en aval du processus de mise en place des MS. Toutefois, il semble que certaines autorités locales ne jouent pas pleinement leurs rôles. Si au niveau national nous avons l'agence de la CMU chargée de veiller à la mise en œuvre de la stratégie, au niveau régional, nous avons le service régional de l'agence de la CMU.

Structurées de la sorte, les MS peuvent échelonner toutes leurs informations jusqu'au plus haut niveau, c'est-à-dire, du niveau local au niveau national et même bien au-delà quand on sait que le Sénégal, rappelons-le, fait partie des 11 pays appartenant au réseau de « Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique ». Les MS, en renforçant leurs atouts, peuvent augmenter leur capacité décisionnelle dans les politiques et enjeux de santé avec comme objectif de rehausser la qualité des soins de santé qui est une condition sine qua non au développement de la mutualité. De l'avis de CRIEL Bart, BLAISE Pierre et FERETTE Daniel (2006), bien que les mutuelles de santé disposent de leviers dont elles peuvent s'en servir pour améliorer la qualité de soins, cette dernière reste un enjeu considérable. Par ailleurs, par la concertation entre MS et les prestataires de soins, un environnement favorable et incitatif peut changer et améliorer la donne.

Il appartient donc à la MS de voir comment elle peut utiliser ses différents leviers comme atout pour mieux s'asseoir institutionnellement et défendre les besoins de ses usagers. Par ailleurs, elle doit aussi renforcer la sensibilisation dans une perspective de mieux informer les populations mais aussi de lever certaines incompréhensions relatives à la MS dans la mesure où elles peuvent entraîner des réticences dans l'adhésion.

VI. Quelques incompréhensions relatives à la MS

Au cours de notre enquête, nous avons noté que certaines personnes donnaient des informations gratuites vis-à-vis de la MS. C'est notamment le cas de la cotisation annuelle et/ou du coût de l'adhésion où certaines personnes donnaient un montant exagéré, inexact, voire confondaient le montant de l'adhésion à celui de la cotisation et vice-versa. Ces fausses informations peuvent compromettre l'adhésion à la MS. En voici quelques-unes que nous avons relevées.

Pour F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) au cours de notre entretien : « *Il y a le médicament mais tu ne peux pas tout avoir là-bas. Il y a des médicaments qui ne sont pas*

disponibles, mais le prix des médicaments est le même à l'extérieur tout comme à l'intérieur de l'hôpital. Les 20%, c'est comme ça que tu l'auras à la pharmacie d'où on t'a inscrit, mais si tu vas dans une pharmacie où on ne t'a pas inscrit, tu paies la moitié, et le gouvernement paie l'autre moitié ». Notre interlocutrice prétend que le taux de prise en charge des médicaments par la MS est le même aussi bien dans les officines des structures sanitaires que dans les pharmacies privées, or, la MS prend en charge les 20% du prix des médicaments génériques (IB) et 50% pour les médicaments de spécialité. Aussi, elle affirme que les bénéficiaires de la MS sont inscrits dans les pharmacies et même que le prix du médicament varie selon qu'on est inscrit ou pas dans une pharmacie, alors que c'est la MS et l'URMS qui ont signé une convention avec les structures pour la prise en charge des personnes bénéficiaires de la MS.

Pour S.S. (CQ, BSF, non bénéficiaire de la MS) au cours de notre entretien, à propos de l'adhésion à la MS, elle a avancé ce qui suit : *« Moins de 18 ans, ça s'arrête à moins de 18 ans. Pour l'adhésion des enfants, est-ce que les grands enfants peuvent adhérer ? »*. Pour cette interlocutrice, elle affirme non sans réserve que l'âge qu'il faut pour pouvoir prétendre adhérer à la MS est de 18 ans, pas au-delà. Or, c'est au contraire l'âge de la minorité qui constitue un frein à l'adhésion à la MS (si toutefois elle ne confond pas adhérent et bénéficiaire de la MS). Certes, parmi les conditions pour être membre adhérent de la MS, il faut être majeur, il n'y a pas d'âge fixé pour être membre bénéficiaire de la MS. Elle a certainement été induit en erreur par le programme de BSF où les enfants ayant plus de 21 ans ne bénéficient pas de la gratuité des soins de santé (PEC). Et S.N. (SDQ, PEC, bénéficiaire de la MS) de renchérir au cours de notre entretien : *« Je ne connais que la mutuelle de santé de la bourse familiale »*. Ces propos révèlent à quel point le programme de la BSF et l'enrôlement des bénéficiaires de ce programme dans la MS ont influencé les personnes. Dans l'entente des propos de notre interlocuteur, comme si c'est la « bourse familiale » qui a favorisé la mise en place de la MS alors que la MS en tant que système organisé a existé bien avant l'initiative de la BSF, et il en est de même de certaines initiatives de gratuité dans le cadre de la CMU.

Selon Y. G. (non bénéficiaire de la MS) au cours de notre entretien : *« Moi, tu sais, la CMU, l'information manque. Beaucoup de personnes aujourd'hui, pensent que la MS c'est pour deux types de personnes : de troisième âge et les enfants de 0 à 5 ans. Aujourd'hui, tu parles à quelqu'un de la MS, il te dit, non, c'est pour les enfants de 0 à 5 ans ou pour les personnes du troisième âge. Ils ne savent même pas que toutes les personnes peuvent en bénéficier. Même à la télé les consultations qu'ils font et la sensibilisation, on te parle des enfants de 0 à 5 enfants. Le vieillard à partir de tel âge, il va se soigner gratuitement. Mais*

sans jamais parler de l'adulte ou du jeune qui est là. (...). Bon, moi aussi, je croyais que la CMU c'est pour les enfants de 0 à 5 ans, le troisième âge qui en bénéficient ». Il apparaît dans les propos de notre interlocuteur que l'information véhiculée par les médias dans sa fréquence et son contenu influe sur les perceptions des populations. Que les gens croient que la MS c'est pour les enfants de 0-5 ans et les personnes âgées, alors que ce sont des programmes différents et même que les cibles ne sont pas identiques révèlent un manque d'informations considérable.

En effet, au sein du siège de la MS, alors que nous nous étions rendus là-bas pour un entretien, une personne âgée (du troisième âge) affectée par la maladie avait réussi à monter les escaliers qui mènent au bureau de la MS. Cet homme était venu pour chercher des informations sur la MS, car dit-il : *« On m'a dit que la mutuelle de santé c'est pour les personnes ayant plus de 60 ans »*. Il semble qu'il y ait à ce niveau confusion entre MS et plan sésame puisque l'adhésion à la MS (pour ceux qui remplissent les conditions) n'est pas déterminée par l'âge, alors que le plan sésame concerne spécifiquement les personnes âgées.

Ces différents propos révèlent qu'il y a des incompréhensions et confusions, voire des présupposés ou fausses informations qui circulent à propos de la MS et qui peuvent impacter négativement sur l'adhésion à la MS. Il appartient alors aux populations de faire la différence entre les informations qui relèvent de l'« officiel » et de l'« officieux », entre les bonnes informations et celles transmises de bouche à oreille comportant souvent des ajouts et/ou des omissions. D'où l'appel de M. B.K. (Président de l'URMS) d'*« aller vers la bonne information. On a la chance d'avoir à Ziguinchor 6 communes (et chaque commune une MS) qui ont des bureaux, qui ont des sièges. Les gens ne vont pas malheureusement vers la bonne information et ils font du bruit »*. Cela montre également l'importance de renforcer la sensibilisation.

VII. Jeux de pouvoir

Nous avons relevé au cours de notre enquête ce qui constitue un jeu de pouvoir à différents niveaux. Parmi nos interlocuteurs administrateurs de la MS, la question qui se posait selon notre impression subjective est *« pourquoi m'interviewer moi et pas d'autres ? »*. En effet, on a noté une certaine réticence, voire un manque de confiance en soi qui peut être révélateur de lacunes à propos de certains aspects relatifs à la MS. Il est arrivé qu'on nous ait demandé à plusieurs reprises de nous adresser avec une personne en particulier afin de nous entretenir avec elle, et le travail était aussi pris comme excuse ou échappatoire. Il nous a fallu les mettre en confiance, les rassurer par rapport à l'objet de notre étude et qu'ils étaient détenteurs d'informations singulières. Pour d'autres, la question qui se posait (toujours partant de nos

impressions subjectives) est « pourquoi interviewer l'autre et pas moi ? ». Selon la hiérarchie du poste occupé dans la MS, quoique nous ayons bien expliqué la manière dont nous voulons procéder les entretiens, certains de nos interlocuteurs trouvaient anormal de nous entretenir en premier avec d'autres dans un premier temps et pas eux. Il est arrivé qu'un administrateur ayant un bon status dans la MS nous dise « *me voilà, on peut commencer* » alors que nous n'avions pas pris de rendez-vous avec lui, mais que nous patientions un autre. Une petite question adressée à ce dernier impatient d'être interrogé a débouché sur un long discours. Il se sentait certainement quelque part léser ou frustrer puisqu'estimant sans doute plus apte à nous informer compte tenu de sa position. Cette frustration s'est traduite un jour alors que nous nous entretenions avec un interlocuteur dans le bureau même de la MS. Pendant l'entretien, alors qu'il nous a trouvé sur place, il a fini par insister pour que notre interlocuteur mette fin à la discussion pour qu'il aille l'aider dans le cadre d'un travail qui nécessitait l'utilisation d'un ordinateur, car dit-il avec un visage renfrogné : « *Lui, son travail ne finit jamais* », ce qu'un autre acteur qui n'a pas encore été interviewé a acquiescé. D'ailleurs, ce dernier ajoute : « *Il pose beaucoup de questions, c'est un journaliste ou quoi ?* ». « *Non, non, il pose des questions intéressantes. Il doit être un bon sociologue* » a rétorqué notre interlocuteur (avec un visage radieux) puisqu'en situation de force. Le fait d'être interviewé devant les autres était donc considéré comme un moyen de se valoriser. On comprend pourquoi certains se sentaient frustrer et reléguer au second plan parce que n'ayant pas encore été interviewés.

Il est arrivé aussi qu'un jour au sein de la MS alors que nous attendions un administrateur de la MS avec lequel nous avions pris un rendez-vous, qu'un autre administrateur qui nous avait dit au préalable, « *tu nous fais travailler, mais saches que tu vas aussi travailler pour nous* » nous a interpellé. Il nous a invités à nous asseoir sur une chaise à ses côtés pour qu'il nous pose des questions relatives à la MS. En fait, il voulait tester et évaluer notre connaissance sur la mutualité par rapport à ce qu'il sait de la MS, et lui faire part de nos résultats alors que l'enquête est encore en cours. Il a voulu utiliser sa position dans la structure pour nous faire passer du stade d'interviewer au stade d'interviewé. Nous avons essayé de gérer la situation tout en nous disant aussi que nous sommes là pour poser des questions et non l'inverse. Toutefois, nous avons joué le jeu. Nous répondions aux questions posées dans la mesure du possible, mais nous préférons nous taire sur certaines questions nous faisant passer pour des ignorants afin de l'amener à s'exprimer plus. Une telle stratégie a fonctionné puisqu'en fin de compte, c'est lui qui a été interviewé et pas nous. Ce qui nous a permis d'avoir quelques éléments d'analyse.

Au niveau du district sanitaire, après avoir remis la demande pour l'accès à la structure et l'autorisation de faire des observations et des entretiens, le MCD sanitaire de Ziguinchor a exigé que nous lui remettions ce qu'il appelle le « protocole de l'étude » car dit-il : « *Je ne vous laisserai pas aller dans tous les sens. Je vais vous suivre de près* ». Alors que nous avons une directrice de mémoire à cet effet. D'ailleurs, lors de notre prise de contact, il a voulu nous mettre en rapport avec les acteurs de la mutualité ce qui est louable, toutefois, nous avons déjà pris contact avec eux.

CHAPITRE II : STRATEGIES, PERCEPTIONS ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE ARTICULÉES AUTOUR DE LA MUTUALITÉ

Dans ce chapitre, nous verrons les perceptions des populations vis-à-vis de certaines prestations de services qu'offre la MS et dans l'ensemble sur son fonctionnement, ainsi que le contexte socio-sanitaire dans lequel la MS offre ses prestations de services. Nous verrons également les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie, ainsi que certaines pratiques socio-culturelles et comment elles peuvent influencer sur le processus de la mutualité.

I. Perceptions de certaines modalités de fonctionnement de la MS et de certaines prestations de services offerts

La MS fonctionne selon une certaine rigueur administrative qui fait que pour prétendre accéder aux prestations qu'elle fournit, il faut respecter certains critères. Par exemple, comme nous l'avons déjà évoqué, il est demandé aux bénéficiaires de la MS de pratiquer une période d'observation avant de pouvoir bénéficier des prestations de services de la MS, et aussi, il leur est demandé de respecter la pyramide sanitaire au risque de ne pas être accepté dans la structure de référence du CS. En plus de cela, certains services ne sont pas couverts par la MS dont les médicaments des pathologies chroniques, alors qu'ils constituent une contrainte pour certaines populations, et les administrateurs de la MS travaillent dans le bénévolat ce qui peut remettre en cause la qualité du service qu'ils dispensent. Ces différents facteurs que nous allons aborder constituent ce que nous appelons dans ce mémoire les imperfections systémiques de la MS compte tenu des contraintes qu'ils entraînent tant du point de vue des bénéficiaires et administrateurs de la MS, mais aussi des prestataires de soins santé.

1. Non prise en charge des médicaments des maladies chroniques

L'Afrique est en train de connaître une transition épidémiologique avec une régression de certaines maladies infectieuses qui ont tendance à laisser la place aux maladies chroniques et dégénératives comme le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les accidents cardiovasculaires (AVC), les cancers, voire les insuffisances rénales. Le fait est que ce sont des maladies coûteuses en matière de traitement (administration fréquente de médicaments, analyses, voire bilans ou examens à faire souvent) et le traitement est à long terme compte tenu de leur caractère pérenne. Rien que les diabétiques, « *Approximativement, il y aurait entre 200.000 et 300.000 diabétiques au Sénégal. Sur cent malades, il y a en moyenne 90 sujets adultes. Mais 10% des sujets souffrent du diabète des enfants* » (ATCHADÉ 2013 : 212). Ce

nombre de diabétiques qu'enregistre le Sénégal dépasse la population de la commune de Ziguinchor qui est à 205 294 habitants en 2013, ce qui nous permet de mieux saisir rien que l'ampleur de ce phénomène.

Il se trouve que les médicaments des pathologies chroniques et dégénératives sont exclus du paquet de soins offert aux bénéficiaires de la MS. Deux raisons sont invoquées par les promoteurs ou acteurs de la mutualité pour expliquer cela. L'une des raisons invoquées est que les médicaments des maladies chroniques, en tout cas certains d'entre eux, sont déjà subventionnés par l'État. Ce qui fait que les prendre en charge reviendrait à les subventionner doublement. Une autre raison a trait au coût de ces médicaments. La justification évoquée est que compte tenu des fonds limités de la MS, les prendre en charge risque de faire couler la MS, mais que cette possibilité (la prise en charge de ces médicaments) est envisageable peut-être dans l'avenir une fois que la MS aura plus de fonds disponible, ce qui suppose plus de bénéficiaires. Argument ou alibi, quoiqu'il en soit, cet état de fait engendre des frustrations allant des prestataires de soins aux populations. Selon J.B. (prestataire de soins) : « *Et les maladies chroniques sont, bon, sont pratiquement appuyés, dès que tu as une, il y a une autre qui te guette de l'autre côté. (...). Donc, si les mutuelles se permettent de ne pas prendre en charge les médicaments des maladies ce n'est pas la peine. Là, ça ne vaut plus parce que quand on a une maladie, c'est une maladie qui est à vie. Si tu as une mutuelle qui ne prend pas ces médicaments-là, alors que tu en as besoin constamment, ça c'est un problème qu'on devrait revoir vraiment* ». Cette prestataire de soins souligne le potentiel caractère de simultanéité des maladies chroniques, par exemple, le diabète et la tension artérielle qui vont souvent de pair comme on peut l'entendre dans les avis des uns et des autres. Autrement dit, certaines personnes n'ont pas une pathologie chronique, mais vivent avec des maladies chroniques. Beaucoup de personnes craignent ces maladies à cause du coût qu'elle entraîne en matière de soins de santé mais aussi de régime alimentaire à respecter. Donc, le fait de laisser en rade la prise en charge de ces médicaments dans le cadre de la mutualité (où l'État a mis la main) alors que l'État est là pour toutes les populations sans distinction, « *ce pose un problème de citoyenneté* » nous dit A.C. (DQ, bénéficiaire de la MS). Pour M.T. (non bénéficiaire de la MS) dont le mari est décédé suite à un diabète : « *C'est surtout les personnes qui souffrent de ces maladies-là qui doivent être appuyées. Ce sont les maladies les plus nombreuses. C'est pourquoi les gens ne sont pas motivés (rire). Vous devriez plutôt aider les gens par rapport à ces maladies. Mais les maladies qui ne touchent pas beaucoup de personnes, vous dites que vous aidez les gens. Ce n'est pas de l'aide (rire). Celui que tu sais qu'il est malade ou bien qu'il est paralysé, c'est là où il faut aider les gens. Mais les petites maladies vous dites que vous aidez les gens. Vous ne l'avez pas*

aidé. (...). C'est là où ils sont tombés. Parce qu'ils doivent appuyer les maladies qui fatiguent le plus les gens, c'est l'AVC qui fatigue plus les gens. On doit aider les gens par rapport à cette maladie. Parce que si tu es pauvre, tu ne peux trouver de l'argent pour te soigner. Où est l'aide ? Ce n'est pas de l'aide. (...). La MS c'est un mensonge. Moi, je ne compte pas sur ça ». Tout comme cette dernière interlocutrice, beaucoup de personnes trouvent cela comme une limite considérable de la MS. La MS, pour elles, privilégie certaines maladies et ce sont les moins coûteuses alors que les plus lourdes en termes de coût pour les populations et les plus fréquentes sont laissées à la charge des bénéficiaires de la MS. Compte tenu de cette situation, la MS telle qu'elle est perçue, passe quelque part à côté de sa raison d'être à savoir aider les populations à se soigner à moindre coût, à telle enseigne que « *finalement si la mutuelle ne coule pas, c'est la personne qui va couler »* a affirmé un prestataire de soins. Selon certains de nos interlocuteurs, à défaut d'être pris en charge à 100%, que la MS puisse prendre en charge un certain pourcentage du coût de ces médicaments. Ainsi, la non-prise en charge des médicaments des pathologies chroniques et dégénératives constitue un frein à l'adhésion pour certaines populations.

Ce fait indique qu'il y a un important travail de sensibilisation à faire par rapport au paquet de prestations offertes, c'est-à-dire, ce que la MS prend en charge et ce qu'elle ne prend pas. Quoique cela soit expliqué aux adhérents de la MS au moment de leur adhésion, cet aspect reste méconnu de beaucoup de populations et même certains prestataires de soins ignorent que la MS ne prend pas en charge de tels médicaments. Certaines personnes pensent que les maladies chroniques ne sont pas prises en charge alors que ce sont les médicaments de ces pathologies qui ne le sont pas, ce qui constitue une précision de taille.

2. Période d'observation

La « période d'observation » (nous utiliserons plus cette expression) ou « période d'attente » ou encore « période de stage » et même « période de carence » est celle où le nouveau bénéficiaire de la MS remplit toutes les formalités fixées sans pour autant bénéficier des prestations de services de la MS. Cette période d'observation, comme nous l'avons dit, est d'un mois pour les personnes ayant opté pour une cotisation annuelle et de deux mois pour l'option semestrielle dans le cadre de la CMU. L'application de cette période d'observation n'est pas venue ex-nihilo. Elle constitue un garde-fou pour minimiser le risque de « sélection adverse », c'est-à-dire, pour décourager les personnes (ou du moins leurs comportements) qui attendent d'être malade pour adhérer à la MS alors qu'elles avaient la possibilité de le faire avant, dans la mesure où, une MS constituée uniquement ou plus de personnes malades, cela risque de

compromettre sa viabilité financière. Elle risque de ne pas faire long feu. Notre enquête a révélé que si certains bénéficiaires de la MS le sont pour prévenir un risque sanitaire, pour d'autres, c'est parce qu'ils sont déjà malades et qu'ils ont besoin de soins de santé dans l'immédiat ou qu'un acte opératoire est fixé dans quelque temps. Certaines personnes ayant déclaré que les ressources économiques du ménage ou de la famille n'ont pas suffi pour que tous les membres de la famille soient couverts par la MS procèdent par sélection selon le risque qu'à chaque membre de tomber malade. Les membres plus vulnérables ou fragiles face à la maladie, donc qui ont un risque plus élevé que les autres de tomber malade selon la perception de leur état sanitaire affilient à la MS pour bénéficier de ses prestations de services, et progressivement pour les autres membres de la famille selon la disponibilité des ressources économiques. Les autres attendent lorsque les moyens vont suivre ou tout simplement lorsqu'ils seront contraints de le faire quand une maladie surgira. Cela transparait aussi dans la réponse que certains ont donnée à propos du moment de l'adhésion à la MS, pour eux, quand on est en bonne santé, on n'a pas besoin d'une MS, ce qui compromet le principe même de la MS. Ce sont des opportunistes de la MS et dans son ensemble de la CMU. C'est le cas de K.D. (DQ, retraité, bénéficiaire de la MS) : « *Je ne peux pas faire pour tout le monde, dans un premier temps, moi je ne suis pas très bien en forme, ma deuxième femme est aussi âgée que moi. Vous savez, la polygamie, je ne peux pas prendre une et laisser l'autre. D'ailleurs au mois de juillet, si Dieu le veut bien, je vais prendre pour mes enfants, trois. (...). Les plus jeunes, c'est-à-dire, ils sont plus sensibles, fragiles* ». Pour ce dernier, il fût le premier à adhérer à la MS parce qu'il n'a pas un bon état de santé compte tenu de son âge avancé, puis ses femmes ont été prises à charge parce que pour lui, il ne peut pas faire bénéficier une seule et laisser l'autre. Il prévoit toutefois de prendre aussi en charge ses enfants non pas tous, mais les plus jeunes, c'est-à-dire, les plus vulnérables face à l'occurrence de la maladie. Mais étant donné que la maladie ne fait pas de choix entre qui atteindre ou pas, d'autres par prudence s'efforcent de faire bénéficier tous les membres de leur famille ou affirment être en train de patienter jusqu'au moment où ils auront les moyens de cotiser pour toute la famille. Nous avons rencontré au cours de la collecte des données un cas où, une bénéficiaire de la MS nous a révélé être restée par manque de compréhension six mois (bien au-delà de la période d'observation) sans bénéficier de la MS alors qu'elle payait les soins de santé de sa propre poche.

Toutefois, on devrait s'attendre à ce que la personne ne cotise plus (renouvellement de la cotisation) une fois qu'elle retrouve la bonne santé, mais ayant mesuré et vu l'utilité de la MS dans l'accès aux soins, elle continue à cotiser d'autant que la cotisation est annuelle et à en

croire un de nos interlocuteurs « *est-ce qu'il existe dans ce monde une personne qui reste une année ferme sans se plaindre d'une quelconque maladie ? Je ne crois pas, et même s'il y en a, c'est très rare* ». Si l'attitude consistant à procéder à une « sélection adverse » de ceux qui doivent prioritairement affilier à la MS selon les ressources disponibles relève d'une stratégie, la MS a elle aussi élaboré une stratégie pour contrer ou décourager cette pratique. On se retrouve dans une situation de stratégie et contre-stratégie. En effet, pour empêcher à la MS d'être une mutuelle de malade, en plus de la période d'observation, a été exigée maintenant dans les critères d'adhésion pour l'obtention du carnet de la MS un adhérent et de deux personnes à charge au minimum. C'est-à-dire, au moins trois personnes dans le carnet comme cela été évoqué plus haut. Une telle initiative a été prise partant de ce constat : « *Nous nous sommes rendu compte que durant le mois de Mai et juin, les personnes qui ont adhéré dans la mutuelle, elles sont venues individuellement et c'était des personnes malades* » a déploré R.D. (PCA de la MS).

Pour certains de nos interlocuteurs, cette période est due à des lenteurs administratives et qu'elle est normale puisque pour toute chose, il y a des protocoles à suivre qui peuvent réclamer du temps. Cette période, pour d'autres, n'est pas perçue comme étant longue. Elle passe rapidement alors que le carnet est valable pour un an avant son renouvellement (c'est donc en comparaison de la durée de validité du carnet avant son renouvellement) et que si l'adhérent ou le bénéficiaire tombe malade entre-temps, il peut se prendre charge. D'autres encore expriment leur désir pour que la période d'observation soit revue, de la réduire ou même de la supprimer tout simplement parce que « *la maladie n'attend pas* ».

3. Bulletin de référence

Le bulletin de référence est une orientation ministérielle. C'est un document qui suit la logique du respect de la pyramide sanitaire, donc entre dans le cadre du système de référence et de contre-référence des structures de santé avec une promotion des SSP. Ce document exprime les besoins sanitaires du patient référé et constitue à la fois un document stratégique parce qu'il permet de réguler le flux des patients dans les structures sanitaires, donc constitue un moyen de pallier contre les facteurs de contreperformance qu'engendre par exemple l'engorgement des structures sanitaires. Or, cet engorgement affecte la qualité du service puisqu'il nuit la fluidité du travail et surcharge le personnel soignant. Quoique le patient soit libre d'aller se faire consulter dans la structure de son choix, le patient bénéficiaire de la MS est tenu de respecter la pyramide sanitaire. Le problème ne se pose pas entre le niveau PS et CS, mais entre le CS et le Centre Hospitalier Régional (CHR). Avant de se rendre au CHR ou hôpital

régional pour une consultation ou pour faire des analyses ou examens, ou encore pour un rendez-vous médical fixé par le médecin traitant, le patient doit aller d'abord au CS chercher le bulletin de référence au risque de ne pas être accepté au CHR (niveau supérieur). Par exemple, il y a des personnes qui sont suivies par des spécialistes au niveau supérieur que les prestataires de soins du CS eux-mêmes ont référé à ce niveau, maintenant avec la MS, on leur demande de faire « marche arrière ». S'ils ont des analyses à faire, ils doivent repartir au district sanitaire pour qu'on leur fasse un bulletin de référence.

Si ce système de référence obligatoire permet de réduire le « risque moral », une telle procédure doit être revue dans son application parce qu'étant lourde pour les patients en termes de temps (beaucoup de va-et-vient) et de coût (si la personne doit prendre les transports publics) et ça retarde l'accès aux soins. À vrai dire, elle manque de logique de l'avis de O.C. (prestataire de soins) avant de poursuivre : *« C'est un coût de plus, c'est un non-sens, ça met mal à l'aise le praticien, le médecin qui fait cette référence. On doit trouver un autre moyen »*. Les prestataires de soins n'y trouvent pas leur compte, encore moins les patients bénéficiaires de la MS. Selon F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) : *« Ça nous a fatigués parce que si tu n'as pas d'argent, tu es obligés de rentrer chez toi, ensuite repartir à l'hôpital silence pour aller à la pharmacie. S'il pouvait tout simplement accepter le carnet, tu le présentes et on te le donne, ça allez nous faciliter la tâche. Parce que ça demande des courses et si tu es un malade fatigué, tu ne peux pas marcher. Si tu es à l'hôpital silence, tu as de l'argent on te donne le bulletin de référence sur place et tu vas, mais si tu n'as pas d'argent, tu vas attendre jusqu'en avoir et tu vas le prendre pour partir à l'hôpital régional »*. Le bulletin de référence rallonge le temps entre la demande de soins de santé et l'accès à trois niveaux : CS, CHR et pharmacie (s'il y a des médicaments à acheter). Un tel dispositif est lourd et contraignant. Ainsi, face à cette situation, après évaluation des coûts de part et d'autre, une des solutions consiste à payer les soins de santé de sa propre poche s'ils sont supportables, c'est-à-dire, moins chers ou avoisinent le coût qu'engendrerait la mobilité pour accéder aux soins. C'est le constat de A.D. (personnel de santé) qui pense que cette situation doit être revue : *« C'est pourquoi certains patients quand ils sont fatigués, ils préfèrent payer. Ils disent qu'ils sont fatigués de faire va et vient, ils préfèrent payer. Non j'ai trouvé des cas comme ça à l'hôpital régional. Des sommes de 2 000 francs ou 3 000 francs, ils préfèrent payer ça eux-mêmes que de faire les vas et vient »*. S'il est envisagé de mettre en place au niveau de l'hôpital régional un point focal qui va se charger de ça, en attendant, cette procédure permet au CS de capter les ressources financières des patients bénéficiaires de la MS.

4. Bénévolat des membres d'organe de la MS

Les administrateurs de la MS travaillent dans le bénévolat. Il n'y a aucune rémunération ni motivation pour eux. Cependant, comme le stipulent les statuts de la MS, « *ils sont parfois remboursés des frais occasionnés au cours de l'exercice de leur mandat selon les règles fixées par l'assemblée générale* ». Les membres du CA interrogés prétendent le faire pour rendre service à la communauté. C'est aussi une façon de bien user son temps et de faire preuve de solidarité. Ce bénévolat est perçu différemment par certains membres de la population tout comme de la part de certains administrateurs de la MS. De la part des populations, certaines personnes croient et même affirment sans ambages que ces derniers sont rémunérés, sans cela, ils n'y seraient pas compte tenu de la masse de travail à laquelle ils s'attellent. Des administrateurs affirment même avoir reçu des reproches de la part de certaines personnes qui taxaient leur travail de « temps perdu » et ont même tenté de les dissuader pour qu'ils trouvent quelque chose de mieux à faire dans la mesure où ils ont des responsabilités familiales. Toutefois, le soutien social ou la reconnaissance qu'expriment d'autres pour leur abnégation constitue un élément de motivation.

Pour certains administrateurs, le bénévolat pose problème. Cette situation engendre des frustrations et est déplorable. De l'avis de cet administrateur de la MS : « *Nous qui sommes dans le bénévolat-là, c'est le bénévolat sénégalais. Mais ce genre de bénévolat n'existe pas, ça c'est le bénévolat sénégalais. Mais le bénévolat, en Europe, il y a des motivations qu'on donne aux bénévoles. Les volontaires-là, ils ont des motivations. Mais le Sénégal, quand on dit bénévolat, c'est zéro franc. Ça, ça n'existe nulle part dans le monde, hein, il y a la motivation. On n'est pas salarié, mais on est motivé. C'est ça qu'on appelle le volontariat, mais ici au Sénégal, on dit le bénévolat c'est zéro franc. (...). Le minimum c'est de motiver les gens. Ce qui est normal. C'est ça qui encourage aussi la personne pour mieux travailler* ». Ces propos dénotent des sentiments de frustration mais aussi, nous pouvons y percevoir des attentes qui n'ont pas du tout été concluantes. Ce dernier établit une différence entre ce qu'il appelle le « *bénévolat européen* » où le bénévole perçoit au moins une certaine motivation ou compensation pour son travail et le « *bénévolat sénégalais* » où le bénévole travaille sans aucune motivation. Cette déception influe à son tour négativement sur le caractère du travail, entraîne une démotivation et conduit à une certaine négligence dans l'exercice du travail. Ce dernier ajoute : « *Sinon, il va rester, moi je ne viens pas à 8 heures, hein, je règle mes problèmes je viens après. Vous voyez, les gens peuvent rester ici à m'attendre. Il faut d'abord que je règle ma dépense quotidienne avant de venir à la mutuelle à 9 heures 30 et même à 10 heures. S'il y*

avait la motivation, j'allais me dire, ah non, à 8 heures je pointe. Mais même à 9 heures 30, 10 heures et même jusqu'à 13 heures, moi je n'ai pas d'heures. Moi je travaille même jusqu'à 16 heures, pas le samedi, pas le dimanche, je travaille. Moi, je travaille tous les jours je n'ai pas d'heures. (...). Parce que je ne peux pas comprendre le travail qui est là, toi-même tu as vu, ce n'est pas une mince affaire. Parfois, je reste ici jusqu'à 21 heures quand il y a beaucoup de travail. Je passe la journée continue. Tant que je n'ai pas fini ce que je fais, je ne descends pas ». Pourtant, ces derniers travaillent dans des conditions qui ne sont « pas intéressantes » et il arrive que le travail soit énorme surtout s'il fallait par exemple remplir ou mettre à jour les carnets et les fiches pour l'enrôlement des bénéficiaires de la BSF parce qu'il fallait les livrer le plus tôt possible. Du coup, un administrateur qui s'y attelait lors de nos entretiens ne faisait que pousser des soupirs. À un moment donné, il ressentait même des crampes au niveau de ses mains puisque les carnets à cacheter étaient nombreux, et il se plaignait même du nombre de bénéficiaires de la bourse d'un certain quartier de la commune (affirmant que c'est le quartier où il y plus de BSF) parce que cela réclamait de sa part plus de travail. Un autre administrateur de renchérir : *« La force de la mutualité, c'est la solidarité. (...). Mais maintenant, la mutualité ne signifie pas aussi le bénévolat. Bon, le bénévolat ne signifie pas aussi ici, comment dirais-je, la gratuité à 100%. Il y a des remboursements. Je prends mon billet pour venir, je prends mon temps pour venir. Le minimum, c'est qu'on me rende le billet. Peut-être qu'on me rende le billet. (...). On ne nous rembourse même pas le transport entièrement. Nous sommes soucieux de la bonne marche de cette mutuelle-là. (...). On est au démarrage de cette mutuelle donc on doit faire preuve de sacrifice. On ne doit pas être là à demander à chaque fois, on ne doit pas se nourrir de cette mutuelle. Mais on doit servir cette mutuelle. Mais la mutuelle aussi ne doit pas tout nous prendre. Voilà l'équilibre que nous essayons de garder* ». Le non-remboursement de certaines dépenses occasionnées dans le cadre de la MS laissées à la charge des administrateurs alimente encore les sources de frustrations. Les administrateurs doivent donner de leur temps à la MS et quelques fois dépensent pour elle sans être remboursé.

Cette frustration ou déception peut s'expliquer par le fait que, pour certains administrateurs de la MS (pourtant bien avertis du volontariat), le poste occupé est perçu comme une « fenêtre d'opportunité » ou une promotion, c'est-à-dire, une possibilité qui peut ouvrir la porte à d'autres activités plus intéressantes et rémunérées, et il y a espoir qu'il y ait un jour une motivation dans ce volontariat. C'est pourquoi, non satisfait par rapport à leurs attentes et ne bénéficiant d'aucune motivation, ils se sentent lésés. Une telle situation peut affecter négativement sur le bon fonctionnement de la MS. Or, l'expérience des MS communautaires

comme l'a évoqué la littérature et dont nous-mêmes pouvons en être témoins, a révélé que le bénévolat n'a pas fait ses preuves dans la gestion des MS et que ce système basé sur le bénévolat prédispose même aux pratiques de détournement.

II. Contexte socio-sanitaire dans la commune de Ziguinchor

La MS intervient dans un contexte socio-sanitaire marqué par des épisodes de maladies, un contexte où l'offre de services de certaines structures sanitaires ne répond pas tout à fait aux besoins des populations en matière de prise en charge de leur état de santé et où les populations rencontrent des contraintes dans l'accès aux soins de santé. Dans un tel contexte, la MS doit dispenser des prestations de services à ses bénéficiaires, mais surtout contribuer dans l'accès aux soins de santé supposés être de qualité conformément aux indications de la CMU.

1. Motifs de consultations médicales avec une prépondérance des soins de santé curatifs

Parmi les motifs de consultations médicales figurent les soins de santé curatifs et ceux préventifs. Toutefois, le curatif surpasse largement le préventif, autrement dit, les gens vont plus dans les structures sanitaires parce qu'ils ont besoin de soins curatifs que de faire de la prévention. D'ailleurs, la MS elle-même limite à ses membres le recours à la prévention puisque dans le règlement intérieur, il est précisé que sont exclus des prestations couvertes par la MS « *les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif* ».

Dans la commune de Ziguinchor, les cas d'épisodes de consultations médicales sont variés. Les motifs de consultations varient selon les périodes ou les saisons. Si le paludisme constitue pratiquement le principal motif de consultation pour les populations, la situation a tendance à changer à en croire un prestataire de soins de santé puisque cette maladie a régressé. Toutefois, en période hivernale, on observe une recrudescence de cette maladie perçue comme « passagère » et que certains à l'instar de B.M. (SDQ, BSF, non bénéficiaire de la MS) ont tendance à banaliser en ces termes : « (...) *ma famille se porte bien. Il n'y a que de petits problèmes de « sibiru*¹⁷ », alors on court au dispensaire ». Comme l'atteste F.D. (pédiatre au district sanitaire) : « (...) *à l'hivernage il y a le palu qui fait des ravages, et on travaille des fois jusqu'à des heures extrêmes parce qu'il faut s'occuper des malades. Même s'ils sont nombreux, tu dois prendre le temps de bien faire le travail* ». En outre, parmi les motifs de consultations, il y a des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) comme les bronchites et les pneumopathies. À l'approche de l'hivernage, tout comme à la fin de cette période avec le froid qui s'établit, des

¹⁷ - « *Sibiru* » est une expression wolof qui sert à désigner le paludisme.

cas de toux ou de rhume sont particulièrement observés. Il y a aussi des cas de maladies diarrhéiques (dû des fois à un problème d'assainissement) surtout au niveau de la tranche d'âge infanto-juvénile. S'agissant de la diarrhée, selon cette pédiatre, c'est presque tout le temps, de même pour les dermatoses et les vomissements. Compte tenu certainement de la gratuité des enfants de 0-5ans, les consultations du service pédiatrique du district sanitaire de Ziguinchor peuvent atteindre parfois 30, 40 ou 60 par jour, ce qui peut affecter la qualité du service selon un prestataire de soins de santé. Au niveau du service de la maternité, la plupart du temps, les consultations qui se font sont liées aux douleurs abdomino-pelviennes (dysménorrhées). Pour le service ophtalmologique, les principales raisons de consultations sont les vices de réfraction (myopie, hypermétropie, troubles visuels liés à des problèmes optiques), mais aussi, beaucoup de patients vont se faire consulter pour motif de conjonctivite allergique ou virale. Au niveau du Pavillon de Traitement Ambulatoire (PTA), il y a plus de cas de personnes vivantes avec le sida (PVVIH) chez les adultes. Au niveau du service dentaire, les principaux motifs de consultation sont les caries dentaires ou des complications dentaires¹⁸. Les maladies de la malnutrition touchent également une certaine proportion de population ce qui semble paradoxal compte tenu des potentialités de la région en agriculture, et même de la production en légumes ou fruits. Selon un prestataire de soins, « *on se rend compte que tous ces fruits-là, quand on regarde bien, ils partent tous sur Dakar. Et ça, ça constitue un problème* ».

Des cas d'urgence sont également enregistrés avec des causes variées. Au niveau de l'hôpital régional, selon un personnel (du bureau des entrées et des mouvements des malades) exerçant au niveau de cet hôpital : « *Les urgences de l'hôpital, c'est ça le problème, les urgences reçoivent beaucoup, beaucoup, beaucoup. On est quand même dépassé chaque jour par les urgences, ça il faut le dire. (...). D'une part, c'est la population qui est dans un état qui, ils attendent à chaque fois à ce que, pour vous dire et là ça devient difficile. L'autre facteur est que, la région est trop traumatogène, ce qui veut dire qu'il y a trop d'accidents. (...) pour les traumas, c'est les accidentés, c'est-à-dire qu'il y a trop d'accidents de la circulation. Ils viennent directement aux urgences, secundo, des malades que nous recevons ici peuvent par exemple cacher leur malade et vous savez la maladie, quand vous cachez la maladie qui se déclare, on aura des problèmes pour subvenir à sa prise en charge. Là aussi c'est un aspect* ». Ce retard dans la prise en charge de l'état de santé de la part des populations, s'explique par différents facteurs tels que les contraintes socio-économiques, voire les perceptions et

¹⁸ - Ces faits nous ont été rapportés par les chefs des différents services avec qui nous sommes entretenus.

représentations sociales de la santé et de la maladie. Nous aborderons cette question relative aux perceptions et représentations de la santé et de la maladie un peu plus tard. S'agissant des accidents, ce phénomène peut s'expliquer par l'avènement des motos Jakarta dans un contexte où certaines routes sont dans un état déplorable. Mais aussi, des facteurs comportementaux dont le non-respect du code de la route. Ceci, vient augmenter la masse de travail dans les structures sanitaires et alourdir le travail des prestataires.

Par ailleurs, comme évoqué plus haut, avec la transition épidémiologique, on observe une régression des maladies infectieuses qui ont tendance à laisser la place aux maladies chroniques et dégénératives. Ces dernières prennent de l'ampleur et constituent même selon un prestataire de soins l'« *une des premières causes de consultations* ». Ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que le mode de vie des populations avec tous ce qui est alimentation, sédentarité, etc., et ayant comme facteurs de risques les maladies cardiovasculaires, voire l'obésité.

Est-ce un problème d'ordre culturel ? Ou plutôt l'accès aux structures sanitaires dont le coût des prestations de services ? De l'avis de O.C. (prestataire de soins au district sanitaire) : « *Les gens ne viennent se consulter que pour recevoir des soins curatifs. La prévention ne fait pas partie de la culture des sénégalais. Les préventions que nous menons au niveau du district, c'est des populations vers les populations à travers des relais communautaires ou des postes de santé. Les consultations préventives sont quasi nulles ou ne représentent qu'un infime pourcentage de l'ensemble de nos consultations. (...). Le problème est d'ordre culturel, c'est aussi l'accessibilité des soins de santé puisque les postes de prestations de soins ne sont pas tellement nombreux. Les files d'attente sont longues quand même, il y a donc des difficultés, ce qui fait donc que voilà on ne va pas venir. (...). Et aussi avec le développement de l'informatique, et de l'internet, les gens ont accès à l'information ou par d'autres moyens. Ils peuvent avoir accès à l'information relative à la prévention* ». Pour appréhender ce phénomène, il ne faut donc pas se borner à quelques causes, mais considérer ce phénomène dans sa globalité. En effet, comme le souligne ce prestataire de soins, avec le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), les gens peuvent avoir accès aux informations par rapport au bien-être sanitaire au moment où ils en ont besoin (avec des sites internet tels que Doctissimo). Cependant, compte tenu du faible niveau d'instruction de certaines populations et de certaines contraintes relatives à l'information de masse, l'accès aux informations de prévoyances maladies pose des fois problème. Un autre facteur est le coût que peut entraîner le recours à la pratique de la prévention des maladies. Comme l'affirme G.D.

(non bénéficiaire de la MS : « *Je vis bien, je dors bien, je me sens bien. (...). Je ne vois pas qu'est-ce que je vais faire à l'hôpital. C'est pour éviter d'autres dépenses* ». Les contraintes financières constituent donc un facteur important à prendre en considération. Toutefois, vouloir s'appesantir sur la culture seule pour justifier la faiblesse du recours aux soins de santé préventifs dans les structures sanitaires de la part les populations, voire affirmer que la prévoyance maladie ne constitue pas un aspect de la culture sénégalaise pose problème. C'est un ensemble de facteurs qu'il faut prendre en compte et ne pas se contenter de spécifier ce phénomène en se basant sur la culture seule ou sur un seul aspect.

En effet, notre enquête a révélé que la prévoyance maladie en soi n'est pas perçue comme étant une mauvaise chose par les populations. L'adage « vaut mieux prévenir que guérir » ou son équivalent en wolof « fagaru mo gën faju » est bien connu des populations et est revenu à maintes reprises lors de nos entretiens, cité par nos interlocuteurs. Beaucoup de ces derniers s'accordent sur le fait que prévoir la maladie, la calculer ou penser à elle, c'est une bonne chose et même que toute personne doit le faire compte tenu de l'incertitude de la vie puisque « *tout le monde tombe malade* ». La remarque que nous avons faite est que nos interlocuteurs restent départagés sur ce qu'est prévenir la maladie, c'est-à-dire, ils n'ont pas la même conception de ce qu'est la prévoyance maladie. Cela se voit dans les réponses contradictoires émises par certains. C'est ce que nous pouvons constater dans les propos de S.S. (CQ, non bénéficiaire de la MS) : « *Si tu prévois la maladie, même moi j'ai peur de faire des bilans. Tu fais un bilan et tu as une autre maladie là-bas. J'ai peur, je ne fais pas de la prévoyance. Peut-être que si tu es malade, tu traites ta maladie. Même pour les cols de l'utérus et autres, on était parti. Ça, c'est mieux. Mais faire de la prévoyance comme ça. Non, non. On ne prévoit pas la maladie, sinon elle va venir automatiquement et elle te donnera un stress. La maladie est très stressante. (...). Garder de l'argent c'est préférable, mais aller pour qu'on te regarde si tu es malade ou pas. Ça j'ai peur* ». On note beaucoup d'équivoques dans les propos de cette interlocutrice. Elle dit qu'elle ne fait pas de la prévoyance maladie et pourtant, elle a fait un examen du col de l'utérus en guise de prévention. Apparemment, elle limite la prévoyance maladie au fait de faire des bilans, et même à ce niveau, le problème n'est pas que le bilan prédispose à de nouvelles maladies pour la personne qui l'opère, mais qu'elle dévoile une maladie cachée ou latente qu'il vaudrait mieux ignorer et vivre avec. C'est donc la peur de découvrir une maladie endormie aux conséquences désastreuses alors que les symptômes ne sont pas encore manifestes. C'est, à vrai dire, la peur de faire face à la réalité. D'ailleurs, elle trouve que le fait de garder de l'argent au cas où une maladie se manifesterait « *ça, c'est*

excellent », et même, qu'elle a acheté un carnet de la mutuelle sans pour autant cotiser pour des raisons financières. Or, pour certains, au lieu de garder de l'argent en guise de prévoyance maladie, vaut mieux adhérer à une MS, « *C'est beaucoup plus économique, plus réfléchi, plus conscient* » (selon un interlocuteur) alors que d'autres sont contre le fait de garder spécialement de l'argent en cas de maladie. En outre, d'aucuns croient aussi dans leur entendement que la prévoyance maladie se fait dans les structures sanitaires. Les réponses contradictoires des uns et des autres s'expliquent par la mauvaise compréhension de ce que c'est la prévoyance maladie. Mais aussi, beaucoup réfléchissent en termes de prévention ciblée. C'est-à-dire, ils disent qu'ils n'acceptent pas la prévention maladie et pourtant, ils recourent sans le savoir peut-être, à un aspect de la prévoyance maladie. Ils ont donc une vision très limitative de ce qu'elle est vraiment. C'est le cas de M.S. (bénéficiaire de la MS), pour elle, la prévention maladie : « *C'est capital. (...). La prévention maladie passe par l'hygiène* ». Or, le fait de veiller à avoir une bonne hygiène, d'assainir son environnement, d'épargner de l'argent en cas de maladie, avoir chez soi une boîte à pharmacie ou faire des bilans de santé (au moins des maladies les plus courantes), comme évoquer lors de nos entretiens, sont des aspects de la prévoyance maladie. Constat fait, la MS est peu citée comme moyen de prévoyance maladie et cette prévoyance ne constitue nullement un frein à l'adhésion à la MS partant des propos de nos interlocuteurs. Il n'y a pas une seule et même manière de prévenir la maladie, mais il existe différentes manières et méthodes.

Un autre problème que nous avons observé et qui est saillant, c'est la matérialisation de la prévoyance maladie, c'est-à-dire, le fait d'élaborer des stratégies dans le présent à concrétiser dans le futur qui permettra de garantir l'acteur social devant la manifestation de l'occurrence. Cette « prudence de l'acteur rationnelle » à faire de la prévoyance fait défaut. Les ressources financières familiales peuvent en partie expliquer cela. Comme le dit E.D. (BSF, non bénéficiaire de la MS) : « *La prévoyance c'est le meilleur moyen de lutte contre la maladie. (...). C'est-à-dire que tout tourne autour des moyens. Qui a les moyens, a les capacités de le faire. Et c'est bon. Pour moi, c'est une priorité* ». La question de l'accessibilité financière explique en partie ce phénomène quand on sait que le recours aux soins de santé des classes populaires est surtout du type curatif et les motifs de consultations plus graves alors que les classes supérieures recourent plus aux soins de santé préventifs. Encore, une fois, pour mieux appréhender ce phénomène, il faut tenir compte de plusieurs facteurs relevant de l'économie, de la conception de ce qu'est la prévoyance maladie, du culturel, etc.

2. Offre de services des structures sanitaires

Une contrainte majeure que rencontrent les structures sanitaires dans la commune de Ziguinchor pour une meilleure offre de services de qualité est celle relative aux ressources humaines. En termes de desserte médicale, la commune est apparemment bien dotée avec 18 PS que couvre le district sanitaire mais se pose le problème de la densité médicale, voire de la gestion du personnel de santé. Par exemple, les 25% des agents du CS sont des étatiques, contre au minimum 75% qui sont des communautaires ou des contractuels affirme M. J.J.M. (MCD sanitaire). Non seulement la ressource humaine est limitée mais aussi, des prestataires de soins (dans un souci de qualité du service offert aux usagers) évoquent la non-qualification de certains qui exercent dans les structures sanitaires et du recrutement des agents communautaires payés par le comité de santé. En effet, on note parmi le personnel de santé, des agents ou des prestataires qui travaillent dans le bénévolat, ceux qui sont pris en charge par une ONG mais qui travaillent pour le district, ceux qui sont pris en charge par la mairie ou par l'État. Quand bien même cela, certains prestataires de soins se plaignent de l'insuffisance de la ressource humaine dans certains services, alors que d'autres affirment que la ressource humaine est là mais que c'est sa qualification qui pose problème. Tout ceci vient alourdir la tâche effectuée, limite le nombre de patients à consulter ou à prendre en charge médicalement et affecte la qualité du service offert. Une telle situation peut s'expliquer par la crise socio-politique qui a sévi pendant longtemps dans cette zone qui a fragilisé les conditions de vie des populations entraînant un choc socio-économique et renforce la pauvreté. Compte tenu de ces facteurs, certains prestataires de soins qualifiés s'abstiennent de se déplacer vers le sud du pays et quand bien même ils le font, il est difficile de les maintenir. Toutefois, le fait qu'il y ait plus d'agents communautaires peut s'expliquer par le fait que c'est une main-d'œuvre à bon marché parce que moins coûteuse.

Par rapport au plateau technique (PT), des efforts ont été consentis notamment par des partenaires tels que l'USAID qui appuie l'équipement des structures sanitaires. Cependant, des efforts restent encore à fournir pour que certaines structures sanitaires remplissent les normes qu'il faut « *pour pouvoir offrir tous les services ou tous les programmes* » à affirmer M. J.P.D (adjoint au MCR médicale). De l'avis des prestataires de soins ou des personnels de santé avec qui nous nous sommes entretenus, le PT mérite d'être relevé ou amélioré. Certains appareils manquent parce qu'ils n'existent pas ou tout simplement parce qu'ils sont tombés en panne depuis un bon moment sans être réparés. Ceci limite l'offre de services, empiète sur la qualité et oblige des fois à référer les patients ce qui alourdit leur prise en charge sanitaire. Compte

tenu des limites de l'offre de services dans certains domaines, de l'avis d'un prestataire de soins : « *On fait vraiment de la médecine ancienne* ».

Cette « *médecine ancienne* » au sein d'une médecine moderne a des incidences sur la perception de la qualité des soins de santé telle perçue par les usagers ou populations. Si certains affirment être satisfaits de l'offre de services déclarant qu' « *il n'y a aucun problème* » que « *Maintenant, ça va mieux* », « *ils soignent bien* », c'est « *acceptable* », d'autres sont loin de l'être. De l'avis de O.C. (prestataire de soins) : « *Il faut faire la nuance entre ce que la population réclame, et ce qui doit se faire. (...). La population n'est pas trop exigeante. Donc, on peut facilement répondre à ses besoins. Mais sur le plan international, ce qui devrait être fait, là on est encore assez loin* ». Selon ce dernier, il y a un gap entre ce que les populations attendent comme offre satisfaisante ou de qualité, et ce que les normes nationales et surtout internationales fixées par des organismes internationaux réclament en terme d'offre de services de santé. Toutefois, les populations ne sont pas naïves sur ce qu'ils peuvent s'attendre ou réclamer d'une structure sanitaire en matière d'offre de services. Le principal problème évoqué par les populations comme frein à la qualité des soins de santé est celui de l'accueil. Certaines populations taxent des prestataires de soins d'être : « *très négligent* », « *ne respectent pas les patients* », « *aucune considération pour les patients* », « *l'indiscipline notoire* », « *déstabiliser* » le malade, « *hargneux* », « *impulsif* ». Or, l'accueil est considéré comme un moyen de remonter le moral du patient quand on sait que le psychologique peut avoir des incidences sur l'état de santé. Mais étant donné que cela fait défaut, que le patient n'est pas bien orienté, que le service est lent parce que le personnel soignant s'affaire à autre chose (irrégularité dans le service) ce qui retarde la prise en charge du malade, ce dernier, pour reprendre A.C. (PEC, CQ, bénéficiaire de la MS) : « *vous le rendez encore plus malade* ». Or, il est bien spécifié que les structures sanitaires doivent offrir un bon accueil aux bénéficiaires de la MS et leur fournir des prestations de qualité. En plus de l'accueil, les remarques font ressortir la non « *qualification* » de certains personnels médicaux, le « *manque d'assistance aux malades* », le « *manque énorme de matériels* » ou « *le matériel fait défaut* », le « *médicament manque* » ou « *l'accès aux médicaments qui est difficile* », « *ils donnent beaucoup de médicaments, et tu n'utilises pas les autres. Ils vont le vendre, c'est de l'arnaque* », ainsi que les épisodes de « *grève* » répétitives. La pensée de beaucoup de nos interlocuteurs se recoupe dans les propos de K.S. (CQ, non bénéficiaire de la MS) : « *Parce que si on voit la manière dont on traite les malades à (...) c'est très dédaigneux. Même si on t'emmène, tu n'as pas l'argent on t'oublie. Il y a des cadavres qu'on sort de l'hôpital (...), ce n'est pas des maladies qui les tuent, c'est la négligence. C'est*

pourquoi, je ne souhaiterais jamais que Dieu me donne cette maladie-là pour être à l'hôpital (...). Je ne sais pas les autres hôpitaux, mais au niveau de l'hôpital (...). C'est très dédaigneux. On peut dire qu'il n'y a pas de médecins, il n'y a pas de d'infirmiers, il n'y a que des maraudeurs qui ne savent même pas comment faire les vaccins. Tu entres là-bas, tu as envie de pleurer. Ça je ne tâtonne pas, même quand j'entre pour voir les malades là-bas, je crée des problèmes avant de sortir. C'est très dédaigneux. On dirait ici à l'hôpital là, c'est la poubelle des êtres humains. Ça tu peux enregistrer ça à la radio au niveau de la chaîne 4. Ils connaissent qui est (...). Moi, quand ils me voient, ils disent il est là pour nous créer des problèmes. Moi, j'ai été tombé malade, mais on m'a orienté directement à l'hôpital Fann, j'ai fait là-bas deux mois et vingt jours cette année. C'est en ce temps-là que j'ai su qu'ici, il n'y a que des maraudeurs. Pour recevoir même le malade ici, c'est du n'importe quoi. Mais là-bas, ils caressent le malade, tu vas oublier que tu es malade. Mais c'est le contraire à l'hôpital (...) de Ziguinchor. Un, ils vont voler tes médicaments, deux, ils ne vont pas te regarder, tout ce qu'ils vendent, c'est toujours volé pour revenir vendre ça aux malades. Ça c'est normal, c'est un hôpital ça. (...). Parce qu'on te demande beaucoup d'argent, on te soigne mal, on te reçoit mal, il n'y a pas de bon moral. C'est ça le handicap. Moi-même au niveau de la gouvernance, ils connaissent qui est (...) parce que moi je ne me cache pas, je dis que je suis sénégalais. Tout ce qui ne me plaît pas, je dois parler et dire ce qui se passe. Peut-être ça va diminuer, les gens prendront leçon ». Ces propos irascibles montrent que la qualité des soins de santé dans certaines structures sanitaires n'est pas des meilleurs, qu'elle décourage le recours aux soins de santé des populations, et comme l'affirme N.B. (bénéficiaire de la MS) : « (...) je crois que c'est en contradiction avec la vision du chef de l'État qui veut que les traitements se fassent d'urgence. (...). Il faut les gens qui sont dans les MS collaborent pour l'accueil parce qu'elle n'est pas des meilleurs ».

Quoique cet aspect n'ait pas été relevé comme facteur de non-adhésion à la MS, un tel contexte socio-sanitaire peut dissuader l'adhésion aux MS. Le problème de manque ou de rupture de médicament longtemps déploré dans les structures sanitaires (deuxième contrainte la plus évoquée après l'accueil) est encore accentué par la politique de gratuité des médicaments des enfants de moins de 5 ans. Le retard de remboursement de l'État dépouille les structures sanitaires de leur stock de médicaments souvent à l'incompréhension des populations qui s'insurgent contre le personnel de santé et perçoivent cela comme un simple refus de satisfaire la demande du patient. Cette situation vient encore alimenter les relations conflictuelles qui peuvent exister entre soignants et patients. Pour faire face à cela, « *Notre arme, notre coupe-*

coupe, c'est uniquement faire la grève », affirme A.D. (personnel de santé). Si la grève est utilisée comme arme pour avoir gain de cause, elle affecte encore la qualité des soins de santé et ce sont les populations qui sont plus victimes dans cette situation. La qualité des soins de santé est encore remise en cause par le manque d'implication de certaines collectivités locales qui ne jouent pas pleinement leur rôle par rapport aux compétences qui leur ont été transférées. Non seulement le budget transféré aux collectivités locales destiné à la santé n'est pas si satisfaisant, connaît des retards mais des fois, la mobilisation de ces fonds pose problème, en d'autres termes, certaines collectivités n'ont pas respecté leur engagement ce qui se répercute sur l'autonomisation des structures sanitaires.

Pour restaurer ou rehausser la qualité des soins de santé, les responsables publiques et acteurs sanitaires doivent notamment jouer pleinement leurs rôles et mettre en place des gardes fous permettant de sécuriser l'offre de soins de santé. Selon Fidèle Kadoukpé AYÉNA : « *En effet, les mutuelles de santé, à supposer qu'elles soient généralisées à l'ensemble de la population ne suffisent pas pour autant à elles seules, à répondre efficacement au problème de sécurité et de protection sanitaires. (...). C'est que, l'action publique dans ce domaine sectoriel de la santé publique gagnerait tout autant en efficience qu'en efficacité en créant les conditions nécessaires à l'existence et à la qualité des soins médicaux. L'absence totale voire le défaut partiel de ces conditions sine qua non pour des services de santé disponibles et de qualité, ne peut que nourrir un certain pluralisme médical souvent au profit de la médecine traditionnelle, à juste titre ou sous prétexte d'un échec de la médecine moderne* » (AYÉNA 2012 : 142).

3. Contraintes des populations dans l'accès aux soins de santé de qualité et contribution de la MS

L'IB a entraîné un « transfert des coûts aux usagers », le recouvrement des coûts des structures sanitaires tout en promouvant l'accès universel aux SSP et l'organisation interne de l'offre de soins de santé en permettant aux personnes démunies d'accéder aux services de santé. Une telle initiative suppose de fournir le stock des structures sanitaires en quantité suffisante de médicaments génériques au moins nécessaires pour les populations. Toutefois, il semble que la mise en œuvre des principes de cette initiative a longtemps posé problème et qu'elle comporte des failles, selon RIDDE (2012). Presque trente ans après la formulation de cette initiative, l'accessibilité aux soins de santé de qualité pose problème pour certaines populations (Voir Annexe : Tableau 1 sur les principes de l'IB et le tableau 2 sur les résultats de l'IB dans 17 pays africains de 1995 à 2004).

a. Accès aux soins de santé

La principale raison évoquée qui pousse les populations à fréquenter telle ou telle structure sanitaire, c'est avant tout la proximité physique ou géographique. Toutefois, la perception de la maladie (« illness ») et la structure sanitaire perçue comme étant mieux équipée en fonction de son PT et de son personnel (qualité de l'offre de services) pour mieux prendre en charge les désordres du corps est aussi un facteur à considérer. En plus de cela, il y a le coût des soins de santé, à en croire Y.G. (non bénéficiaire de la MS) : « *Nous ici, la majorité, on va à l'hôpital silence parce que tu sais ici à Ziguinchor, l'hôpital silence est encore moins couteux que tous les hôpitaux. À part l'infirmerie qui est au camp militaire, l'hôpital silence est l'hôpital qui est là, il y en a ceux qui l'appellent même l'hôpital des pauvres. Ça c'est l'hôpital silence. (...). Hôpital de la paix, on est là, on habite tout juste derrière, c'est que c'est couteux* ». Le recours à la structure sanitaire la plus proche de chez soi dans une dynamique d'éviter certaines contraintes liées par exemple à la distance s'harmonise avec la politique des SSP. C'est donc dire que le respect de la pyramide sanitaire dans ce contexte ne se fait pas par adéquation à une orientation politique à suivre définie à un niveau supérieur, mais que les populations elles-mêmes y retrouvent leur compte.

S'agissant des contraintes que rencontrent certaines populations dans la prise en charge de leur état de santé, la principale est celle socio-économique. La santé coûte cher au Sénégal et ce coût n'est pas à la portée de certaines populations. Cela est d'autant plus manifeste avec les pathologies chroniques et dégénératives. En effet, la pauvreté peut prédisposer des conditions propices à la maladie, c'est-à-dire que certaines personnes sont affectées par une pathologie parce qu'elles sont pauvres et la maladie à son tour appauvrit davantage ces personnes. I.G. (non bénéficiaire de la MS) affirme que lorsque sa femme était enceinte et qu'elle avait des complications : « *J'avais 150 000 francs dans ma poche. (...). Mais avant qu'on nous libère, je suis rentré avec 20 000 francs ou 15 000 francs. Ordonnances sur ordonnances (...)* ». Ce fait nous montre que certaines populations accèdent aux structures sanitaires en ayant en poche de l'argent, mais en ressortent appauvri, c'est un fait. Certains de nos interlocuteurs nous ont affirmé ne pas être en mesure d'acheter certaines ordonnances prescrites par le médecin ou étaient obligés de demander au pharmacien quels médicaments ils peuvent s'en passer ou faire l'impasse en attendant peut-être d'avoir les moyens pour tout acheter. D'autres affirment être incapables de prendre en charge leur état de santé ou celui de leur famille si une maladie surtout grave se prononce du jour au lendemain. F.D. (prestataire de soins) nous fait part de ses observations : « *Parfois tu consultes le malade, tu lui donnes le*

médicament et l'ordonnance, tu lui donnes rendez-vous, ça arrive il revient avec l'ordonnance. L'enfant n'est pas allé mieux. Où est le médicament ? Je ne l'ai pas payé, je n'ai pas d'argent ». Compte tenu de la limitation des ressources financières, certaines populations malades gardent leur ordonnance dans le tiroir, pratiquent ce que nous appelons la médecine buissonnière parce que tout simplement, ils trainent le traitement en attendant d'avoir les fonds nécessaires pour prendre en charge leur santé et si le système immunitaire de leur organisme parvient à combattre la maladie, tant mieux. S'agissant de la pratique de la médecine buissonnière, Y.G. (non bénéficiaire de la MS) nous fait part de ses impressions : « *Aujourd'hui, il y a plus de malade dans les maisons que dans les hôpitaux. Dans les maisons, il y a plus de malades que dans les hôpitaux. Mais c'est les moyens. (...). Parce que tu vas là-bas, tu tapes à la porte, là tu vas dépenser plus de 30 000 francs. Avant qu'on fasse quoi que soit, tu vas dépenser 40 000 francs et tu n'as pas plus de 10 000 francs chez toi, mais vaut mieux laisser le malade à la maison. Ce sont les moyens qui manquent* ». Ainsi, pour faire face à cette situation, beaucoup de personnes malades sont obligées d'emprunter de l'argent et payer après, ou comptent sur les solidarités notamment parentales lorsque l'assistance sociale fait défaut dans les structures sanitaires dont les ressources ne parviennent pas à satisfaire la demande de tous les cas sociaux. Pour d'autres, la voie à suivre est celle de l'automédication mêlée d'un pluralisme médical en attendant de voir l'évolution de la maladie ou plutôt que la maladie passe. Ce retard fait que des fois, la maladie s'aggrave ce qui alourdit davantage le coût des soins de santé. Avec les systèmes de gratuité des soins de santé initiés, et l'avènement de la MS booster par la CMU, observations faites des personnels de santé, les cas sociaux ont tendance à diminuer, « *pas de façon drastique* » mais ils diminuent quand même s'est prononcé un assistant social.

Nous avons fait le constat que les personnes n'ayant pas bénéficié de la MS éprouvent plus de difficultés à couvrir leurs dépenses de soins de santé que les bénéficiaires de la MS. Cette situation provoquée en partie par le coût excessif des soins de santé engendre chez certains des regrets, attestant que s'ils avaient la MS, la situation allait changer. C'est donc dire que la MS est perçue comme un moyen pratique ou une stratégie qui permet une meilleure prise en charge sanitaire.

b. Contribution de la MS dans l'accès aux soins de santé supposés être de qualité

Dans un contexte où l'accès aux soins de santé pose problème pour certaines populations et où la qualité de l'offre de services de santé pose problème dans certaines structures sanitaires, la MS permet de lever en partie certaines contraintes tout en offrant à ses bénéficiaires de

meilleures prestations. C'est le cas par exemple de la contrainte socio-économique dans l'accès aux soins de santé, de celle géographique ou physique et de celle institutionnelle.

Par rapport à la contrainte socio-économique dans l'accès aux soins de santé, la MS permet de garder un certain équilibre entre les dépenses de santé et ceux destinés aux autres besoins de la famille. Comme on a l'habitude de le dire, « la santé n'a pas de prix, elle a un coût », autrement dit, personne ne peut savoir à l'avance combien il va dépenser pour sa prise en charge sanitaire, et même que ce coût peut entraîner des dépenses catastrophiques. Il a été noté que certaines populations par faute de moyens, utilisent un traitement qui ne relève pas de la médecine moderne pour se soigner, pratiquent l'automédication, retarde leur prise en charge sanitaire (pratique la médecine buissonnière) ou bien renoncent à leurs soins de santé tout simplement. La MS permet de réduire le coût des soins de santé et permet de poursuivre dans certains cas le traitement sans interruption. De l'avis de F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) qui a des fois du mal à acheter ses ordonnances : « (...) *en tout cas moi, si ce n'était pas la mutuelle, moi seule avec mes moyens, je n'arriverai pas là où je suis. (...). Je peux dire que c'est maintenant que j'ai des soins parce que c'est maintenant que j'ai des moyens, c'est-à-dire, la mutuelle. Pourquoi j'ai dit maintenant que j'ai des moyens, c'est parce que la mutuelle me vient en aide. Elle m'a beaucoup aidé* ». Cette bénéficiaire de la MS estime que sans la MS, elle serait incapable de prendre en charge son état de santé compte tenu du coût de celle-ci. Grâce à l'aide dont elle bénéficie de la MS, elle a un meilleur accès aux soins de santé parce qu'elle dispose de plus de moyens ou de pouvoir économique dans l'achat des soins. Le fait que les non bénéficiaires de la MS aient affirmé avoir plus de mal à prendre en charge leur état de santé ou celle des membres de leur famille que les bénéficiaires de la MS est un indice sur la contribution de la MS dans l'accès aux soins de santé.

La MS permet également de lever en partie la contrainte physique ou géographique dans l'accès aux soins de santé grâce à la prise en charge des cas d'évacuation (transport) vers des structures de référence : des PS vers les CS (80% du taux de prise en charge) et des CS vers l'hôpital (100% du taux de prise en charge). Ce paquet de prestations offert réduit en soi le coût relatif aux soins de santé et facilite en principe l'évacuation du patient à temps, donc sa prise en charge.

Par rapport à la contrainte institutionnelle (qualité des prestations de santé, conditions d'accueil, etc.) que rencontrent certaines populations, la MS grâce à la convention signée avec les structures sanitaires permet en principe à ces dernières de relever leur PT tant soit peu, donc

d'améliorer l'offre de services de santé. Et selon la perception de l'offre des soins de santé des bénéficiaires, les structures sanitaires seront emmenées à niveler par le haut, c'est-à-dire, à offrir à chaque patient (bénéficiaire de la MS ou pas) un service de qualité dans la prise en charge des patients de manière générale. Toutefois, comme nous l'avons évoqué plus haut, le taux d'enrôlement de la MS étant faible, elle a peu de moyens d'action ou levier sous ce rapport. Avec la mise en place de l'agence régionale de la CMU, les acteurs et promoteurs de la MS espèrent que la donne va changer dans plusieurs domaines et que ce service va contribuer à l'accès aux soins de santé de qualité des populations en levant certaines contraintes relatives à la demande et à l'offre de services de soins de santé.

Nous pouvons donc dire que la MS constitue une belle opportunité pour les populations dans l'accès aux soins de santé. Le paquet de prestations de services offert aux bénéficiaires de la MS a été élargi selon les besoins des populations. Toutefois, des critiques sont émises à l'encontre des prestations non couvertes par la MS notamment l'exclusion des médicaments des maladies chroniques et d'autres produits, autrement dit, la MS répond partiellement aux besoins des populations. À en croire ce pharmacien : « (...) *pourtant on dit couverture maladie universelles* ». Il s'ensuit alors que la CMU est un joli vocable, sophistiqué dans son entendement, à dimension universelle et qui a le mérite de booster l'accès aux soins de santé, mais dans la réalité, il y a des exclus et/ou des exclus partiels de la CMU pris notamment sous l'angle de la MS qui est l'un de ses axes. C'est le cas des personnes qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à la MS indépendamment de leur volonté. Quoique des personnes soient enrôlées gratuitement dans la MS le cas des bénéficiaires de la BSF, le système de quota sur le nombre de personnes à en bénéficier laisse en rade certaines couches vulnérables. Ces personnes, pour celles qui n'ont pas les moyens, ne bénéficient d'aucune couverture maladie et ne peuvent accéder à des soins de santé de qualité. Et quand bien même on parvient à s'affilier à la MS, quel que soit notre pouvoir d'achat, on n'est pas pris en charge pour certaines prestations de services, on est donc exclu partiellement. Quoiqu'il y ait des critiques négatives sur la MS comme opportunité dans l'accès aux soins de santé de qualité, nous pouvons noter des critiques positives. De l'avis de B.B. (prestataire de soins) : « *En tout cas moi, j'ai une très bonne critique par rapport à la mutuelle parce que je leur dis souvent ça aide le patient, mais nous aussi praticien ça nous aide énormément parce qu'avant tu prescrais un bilan à faire, le patient te le ramène dans deux à trois mois après parce qu'il est en train de réunir l'argent pour le faire. Alors que maintenant, avec la mutuelle tu prescrais un bilan, et avant la fin du mois, le bilan est fait. Et là tu peux avancer dans ce que tu fais. Donc, c'est très positif* ». La MS, à travers ces

propos, permet non seulement aux bénéficiaires de la MS de mieux prendre en charge leur état de santé mais aussi, permet aux prestataires de soins de bien faire le suivi de leurs patients puisque ces derniers disposent de moyens financiers. Quelles que soient les imperfections notables du système de mutualité, les propos de F.B.D (BSF, bénéficiaire de la MS) résumant certainement la pensée de plusieurs personnes : « *Néanmoins, ça vaut mieux. Tu sais ça vaut mieux être dans la mutuelle que de ne pas y être* ».

La MS étant une initiative soutenue par l'État et appuyée par des partenaires pour une « couverture maladie universelle pour des soins de santé de qualité à moindre coût », il est donc utile de voir quelles sont les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie des populations, et comment elles peuvent influencer sur l'appropriation de la MS.

III. Perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie

La santé et la maladie ont longtemps fait l'objet de perceptions et de représentations de la part des populations au fur et à mesure que la science est en train de faire des progrès sur le plan sanitaire. Ces perceptions et représentations sociales ont des fois un effet considérable sur la santé des populations en ce qu'elles orientent le recours aux soins de santé et peuvent être facteur d'adhésion ou de non-adhésion à la MS. En plus de cela, il y a les pratiques socio-culturelles répandues dans nos sociétés africaines qui peuvent impacter sur la prise en charge de l'état de santé des populations.

1. Santé et maladie : deux réalités opposables

La santé est particulièrement perçue comme le fait d'avoir un « bien-être physique » qui permet à l'individu de s'atteler correctement à ses différentes activités quotidiennes sans aucune entrave ou contrainte physiologique ou anatomique. Selon N.B. (non bénéficiaire de la MS) : « *Je me sens en bonne santé. Les éléments qui me permettent d'avoir des handicaps, d'exercer des activités physiques me permettent de faire des actions. Dès qu'il y a un paramètre qui gêne le fonctionnement de l'organisme, une partie de l'organisme, on n'est pas en bonne santé, mais dès que l'organisme me permet de faire des activités, j'ai la santé pour provisoire* ». La santé est assimilée selon ce dernier à la capacité d'exercer un travail notamment manuel ou physique sans handicap physiologique ou anatomique. Il apparaît à ce niveau une définition organiciste et physiologique de la santé, c'est-à-dire, avoir tous ses membres et ne souffrir d'aucune douleur corporelle. Toutefois, cette capacité que confère la santé n'est que provisoire ou momentanée compte tenu du caractère incertain de la santé. Cette dernière est un capital (« capital-santé ») dégénèrescent d'où l'importance de la prémunir par la prévention ou en se faisant consulter

quand on tombe malade. Cette perception de la santé rejoint la perspective anatomique et organiciste de la santé qui la considère comme « *l'absence de maladie et d'infirmité* » avant que l'OMS n'en donne une définition basée sur une perspective plus globale ou universelle, c'est-à-dire, « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ».

Selon K.S. (CQ, non bénéficiaire de la MS) : « *J'ai la santé, c'est-à-dire, je respire très bien, j'ai une bonne vision et un bon flair, c'est-à-dire, le sang circule très bien dans ton corps. Tu as de quoi manger, tu n'as pas de problèmes parce que tu peux être bien sain. Quand tu as l'esprit non pas tranquille, tu es malade, et quand tu as de quoi donner à ta famille, tu vis à l'aise* ». En plus de la dimension organiciste ou physiologique de la santé, il apparaît dans ces propos une autre dimension de la santé, celle psychologique. Être en bonne santé, ne se limite donc pas seulement à l'absence de souffrance physique, mais faudrait-il être aussi tranquille dans son esprit, c'est-à-dire, une absence de troubles mentaux ou psychologiques. Partant de ces deux propos rapportés, la santé est perçue par certaines personnes comme une absence de maux ou de souffrances psycho-physiologiques, c'est-à-dire, un bien-être physique et mental qui permet à l'individu de réaliser une activité physiologique et psychique. Ces deux dimensions de l'état de santé peuvent interagir.

La santé est un capital qu'il faut préserver et même maximiser, sans cela elle se perd. Elle est une chose souhaitable et désirable, un idéal vers laquelle il faut tendre. Avoir la santé, c'est posséder une ressource qui donne les chances de réaliser ses envies ou ambitions, de satisfaire ses besoins sociaux élémentaires ou fondamentaux. C'est ce que l'on peut comprendre des propos d'I.G. (non bénéficiaire de la MS) lorsqu'il déclare : « *La santé, c'est bon et c'est agréable de l'avoir. Dans la vie, si tu as la santé, tu as tout, parce qu'en ayant la santé, tu peux tout faire* ». La santé est perçue comme un élément vital de la personne. Elle est opposée à la maladie, si la santé est perçue comme « *une bonne chose* », « *la vie c'est la santé* », par contre, la maladie quant à elle est perçue comme « *une mauvaise chose* », « *un fléau* », quelque chose d'« *imprévisible* », de « *gênant* », de « *très coûteuse* », qui « *exclue* » de la vie ou de la société, donc « *non souhaitable* », « *non désirable* » parce qu'étant une « *ennemie de l'homme* ». La santé et la maladie sont donc deux réalités antagonistes, mais qui cohabitent ensemble. Pour M.T. (DQ, bénéficiaire de la MS) : « *La santé et la maladie sont deux sœurs jumelles. Même si aujourd'hui je suis sain, demain je serai malade. Donc, ce sont deux sœurs jumelles qui vont ensemble. (...). Ce sont deux sœurs jumelles, elles vont de pair* ».

Pour F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS) elle-même malade lors de notre entretien et affaiblie par la maladie au point qu'elle toussait : « *La maladie est une mauvaise chose. Personne ne la souhaite et personne ne veut l'avoir. Seulement c'est une chose qui vient de Dieu mais personne ne la veut, personne ne souhaite l'avoir. Personne n'est jamais assis pour dire, ça fait longtemps que je ne suis pas tombé malade, il faut que je sois malade. (...) . Si je devais payer les soins de santé de ma propre poche, je ne pourrai pas. Mais peut-être aussi que, s'il n'y avait pas la MS, Dieu allait m'aider d'une autre façon. Mais je n'y croyais pas, même la mutuelle, je n'y croyais pas. Je peux dire que c'est Dieu qui l'a emmenée. Moi personnellement, la mutuelle m'a aidé* ». Le caractère répulsif de la maladie apparaît dans les propos de cette interlocutrice, mais aussi une dimension surnaturelle ou divine de la maladie, la maladie étant appréhendée par certains comme une fatalité, un « destin ». Dans leurs conceptions, il y a un être divin pouvant être « Dieu » qui rend malade, mais aussi qui guérit de la maladie si la personne affectée l'implore et fait tout son possible pour recouvrer la santé. C'est donc dire que pour eux, c'est une « fatalité relativisée » puisque cette fatalité n'exclut pas le volontarisme dans la mesure où la personne n'est pas totalement assujettie à son sort, mais à un moyen d'action. De l'avis de F.B.D. (BSF) citée précédemment, la MS est perçue comme une réponse, une aide venant de « Dieu » pour aider les personnes à guérir d'une maladie qu'il a lui-même provoquée. Pour C.D. (non bénéficiaire de la MS), la maladie : « *C'est le destin de Dieu. (...) la maladie ce n'est pas bon. (...) la maladie a plusieurs sources, Dieu peut rendre malade, la saleté peut rendre malade, tout ça il y en a, la faim peut aussi rendre malade. Parce que certaine faim, c'est une maladie. Si tu ne manges pas un jour, deux jours, tu vas mourir* ». Selon cette dernière, la maladie peut être provoquée par différentes causes (étiologie) : une cause surnaturelle « Dieu », une cause environnementale « la saleté » donc le manque d'hygiène pouvant engendrer des bactéries ou favoriser la prolifération des moustiques du genre anophèles porteuses des germes du virus du paludisme, et une cause économique, c'est-à-dire la situation économique de l'individu qui influe sur son alimentation, par exemple le manque de moyens induisant une « faim ». Ainsi, la maladie partant de notre enquête, peut être causée par des facteurs surnaturels ou naturels (hérédité biologique), socio-économiques, environnementaux et comportementaux. Il faut cependant noter que certaines personnes invoquent la religion pour indexer « Dieu » comme étant la cause de la maladie et pour d'autres, dans la quête du sens, la logique d'imputation de la maladie comme venant d'une source surnaturelle est tout simplement un exutoire. Il faut nécessairement trouver un responsable pour se soulager de cet état de fait qui dépasse dans une certaine mesure la connaissance humaine. Si pour certains c'est « Dieu », pour d'autres, il faut assumer ses responsabilités. A.S. (PEC, bénéficiaire de la MS) affirme à

ce propos : « *La maladie c'est naturel, parfois, ça peut ne pas être naturelle, parfois, ça peut être créée par l'homme. Si l'environnement n'est pas sain, ça peut créer une maladie. Certes, on ne peut exclure l'environnement. Mais les êtres humains sont impliqués. Quand parfois, on dit c'est la volonté de Dieu, là on accuse Dieu parfois. Ça, il faut le dire sincèrement. (...). Il y a des maladies, elles ont été créées par nous-mêmes* ». Ce dernier ne réfute pas l'idée que la maladie peut être d'origine surnaturelle tout comme naturelle, mais pour lui, il faut exclure « Dieu » dans la quête du sens quoiqu'il soit incapable de révéler son origine. M.T. (non bénéficiaire de la MS) ajoute : « *Non, Dieu ne donne pas la maladie. J'ai la Bible, la maladie, c'est nous qui nous l'a donnons nous-mêmes. (...) alors que toute personne qui est dans ce monde, c'est à cause d'Adam et Ève que nous tombons malade* ». Adam et Ève sont, selon la Bible, deux personnes (les premières à avoir existé sur terre) créées par Dieu parfait mais qui, par leur désobéissance, ont transmis le péché et la mort à tous leurs descendants. De l'avis de M.M.K. (DQ, bénéficiaire de la MS), la maladie : « *C'est quelqu'un qui t'abaisse, qui t'enlève de la société. Supposons que tu souffres de maladies chroniques, ce n'est pas la peine, tu es exclu de la vie. Tu es dans les hôpitaux ou dans ta chambre* ». L'expression « *quelqu'un* » en évoquant la maladie, présente cette dernière comme un acteur social doué d'un pouvoir de coercition puisqu'ayant la capacité d'exclure l'individu de la société. Toutefois, un caractère de la cause de la maladie rarement évoqué par nos interlocuteurs apparaît dans les propos de T.K. (DQ, bénéficiaire de la MS) : « *La maladie peut provenir de partout, même de l'air que nous respirons. De ce que nous mangeons, de partout* ». Ceci nous rappelle la théorie pré-bactériologique des « miasmes » qui a connu son apogée au XVIII et XIX^e siècles dans les modèles explicatifs des maladies infectieuses en occident. Selon cette théorie, l'air contient des substances et même véhicule des éléments pathogènes (« vapeurs malsaines », « putrides » ou des « miasmes ») responsables de certaines maladies infectieuses.

Dans l'étude des perceptions et des représentations sociales de la santé et de la maladie, il apparaît que le naturel, le surnaturel, le religieux, le sacré, voire le symbolique cohabitent ensemble dans l'interprétation des désordres du corps. La maladie peut provenir (selon le registre d'interprétation) de plusieurs sources regroupées en deux entités : pathogènes traditionnelles (magies, sorciers, génies, etc.) et pathogènes modernes ou médicaux (bactéries, virus, microbes, etc.). Ces différentes sources ou entités peuvent agir mutuellement. Évoquer une source n'exclut pas forcément les autres. Se posent alors des questions telles que, étant donné que c'est par les expériences vécues que s'élaborent les perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie, comment ces expériences orientent-elles le recours aux

soins de santé ? Peut-il exister des dimensions des perceptions et des représentations sociales de la santé et de la maladie qui peuvent booster ou freiner l'adhésion à la MS ? Nous aborderons ces questions au niveau du sous-titre suivant.

S'agissant de la lutte contre la maladie, le moyen le plus cité est la prévention, tel que le fait de dormir sous une moustiquaire imprégnée, de veiller à son hygiène de vie ou à son alimentation. La lutte contre la maladie se fait avant que celle-ci ne s'annonce et qu'elle gagne du terrain dans l'optique de cet adage : « Vaut mieux prévenir que guérir ». Toutefois, lorsque celle-ci se déclare, dès qu'on la ressent par exemple par une manifestation de fièvre, il faut se faire consulter par un spécialiste de la santé. Il faut toutefois souligner que pour certains de nos interlocuteurs, la lutte contre la maladie commence « *quand on tombe malade* » en se rendant dans les structures sanitaires. Ceci nous montre que la prévention de la maladie n'occupe pas la même importance parmi les populations.

2. Recours aux soins de santé et ancrage socio-culturel

Parler de recours aux soins de santé revient sans doute à considérer plusieurs facteurs tels que la position sociale des personnes (le revenu partant de la situation de non-travail ou de la précarité des emplois), la desserte et la densité médicale des structures sanitaires, donc de l'offre de soins de santé. Il faut aussi et surtout, à notre avis, tenir compte du contexte des réalités socio-culturelles et des expériences vécues de la maladie (« illness » l'expérience subjective ou la souffrance ressentie, « disease » état biologique attesté ou légitimé par un spécialiste de la santé et « sickness » la reconnaissance sociale de cet état de fait). Ces expériences vécues de la maladie et les représentations sociales qui en découlent influent de manière considérable sur la logique d'imputation à un agent responsable (agent surnaturel particulièrement évoqué dans les sociétés traditionnelles ou africaines et agent naturel), donc orientent le recours aux soins de santé. En outre, parler de recours aux soins de santé ou itinéraire thérapeutique nous ramène au pluralisme médical, c'est-à-dire, à l'offre de soins de santé émanant de deux types de systèmes de santé : moderne ou biomédecine (qui se réfère aux infrastructures sanitaires ainsi qu'aux acteurs de la médecine moderne) et traditionnelle (avec ses plusieurs acteurs ou « spécialistes »). Ces deux types de médecines vraisemblablement antagonistes forment dans les faits un système global dans le recours aux soins de santé.

Dans la gestion de la santé et de la maladie, interviennent plusieurs acteurs qui se situent à des niveaux différents. Nous avons le secteur public et privé de la médecine moderne ou conventionnelle avec des personnels de santé qualifiés et spécialisés dans un ou des domaines de la santé, et équipés d'appareils medicotechniques avec un traitement qui relève

essentiellement de la biomédecine. D'un autre côté, nous avons les praticiens de la médecine traditionnelle qui offrent un large marché de soins de santé aux populations avec des acteurs parmi lesquels nous pouvons citer les tenants de la phytothérapie, les tradithérapeutes, voire les guérisseurs magico-religieux ou les féticheurs. Certains de leurs traitements sont basés sur des rituels, donc impliquant une intervention divine ou surnaturelle reliée souvent ou des fois à la phytothérapie. Ainsi, avec cette pléthore d'acteurs sanitaires, pouvons-nous parler de « *gouvernance de la maladie ou plutôt des maladies* », selon Fidèle Kadoukpé AYÉNA (2012).

Notre enquête a révélé que le premier recours aux soins de santé des populations (entendu ici comme le fait de faire appel aux compétences d'un soignant) est la médecine moderne sans exclure celle traditionnelle. Les avis de plusieurs de nos interlocuteurs se retrouvent dans les propos de F.B.D. (BSF, bénéficiaire de la MS). Selon cette dernière : « *Oui. Quand je tombe malade, je vais me consulter à l'hôpital, mais si je fais des vas- et- vient alors que mon état de santé ne s'améliore pas, il faut que j'aille voir la médecine traditionnelle. Mais moi, je ne me lève pas comme ça et aller voir le tradipraticien. Je vais d'abord à l'hôpital jusqu'à ce que l'hôpital me libère, si je vois que mon état ne s'est pas amélioré, je vais voir du côté de la médecine traditionnelle. Parce que même si on me libère de l'hôpital, moi je sais ce que je ressens dans mon corps. Si je ne vois pas des changements, je vais voir dans la médecine traditionnelle parce qu'eux sont allés jusqu'à dire qu'ils n'ont rien vu que je ne souffre pas de maladie. Il faut que j'aille voir ailleurs. (...). Je ne peux pas dire laquelle est la plus efficace, parce que les uns ont leurs machines alors que les autres ont leurs connaissances. Celui qui travaille avec la savoir peut voir tout ce qui est en toi et te le répéter. Et effectivement, quand toi tu vois ce qui est en toi, tu sauras exactement que c'est ça. Parce qu'il y a certains même, lorsque tu prends départ, ils savent que tel est en train de venir. Ils ne voient même pas, mais il peut te dire d'où tu viens. La médecine traditionnelle, il y a de bons tradipraticiens mais il y a aussi des truands. Seulement à l'hôpital, il ne peut pas y avoir des truands parce que c'est ce que tu vois dans la machine que tu donnes. Mais ailleurs, celui que tu parles il te dit qu'il peut alors que rien. Il peut même te dire si en ce moment même tu lui donnes quelque chose, il peut te traiter et tu vas chez toi tu meurs. Lui il a pris l'argent et il est parti. Mais il y a des gens bien qui te disent qu'ils ne vont pas manger ton argent, jusqu'à ce que tu guérisses tu pais. Mais il y en a certains qui guérissent mais qui ne payent pas ensuite. Si tu le fais tu vas voir. (...).*

La médecine traditionnelle n'est pas cher, selon moi, ce n'est pas chère, si la personne peut, ça ne sera pas cher. Parce que le savoir qu'il a acquis c'est Dieu qui le lui a donné. Il fait cette activité grâce à Dieu, et juste pour subvenir à ses besoins. Il y a certains qui te disent après la

guérison tu pais. Dieu bénira cela et il y aura abondance. Si tu donnes par exemple quelqu'un 500 francs et celui qui a pris 50 000 francs, ce que t'apporteront les 500 francs, les 50 000 francs ne pourront pas l'apporter. Donc là-bas, c'est Dieu qui aide les gens. (...) si c'est bon, il poursuit cela jusqu'à terme. Si ce n'est pas bon, il change de méthode, il prend une autre. Et si elle n'est pas bonne, il change. Tu vas dépenser, l'hôpital si tu vois, tu vas dépenser. Seulement, il repose sur ce qui est clair. Si tu viens tu dois prendre, tu dois faire une analyse de sang ou de crachat, on te dit va faire le crachat et paies telle somme, parce qu'on te donne le prix de l'analyse du sang. C'est impossible parce qu'on va te prendre, tu ne peux y faire de la truanderie parce qu'on va te prendre. L'hôpital est plus sûr, parce qu'ailleurs on peut te dire qu'ils peuvent te soigner alors que c'est faux. (...). À l'hôpital ça peut aussi arriver, vous achetez les médicaments et vous trouvez le malade mort. Mais là-bas, tu sais, tu es bénéficié parce que les médicaments tu peux les restituer pour qu'on te remette ton argent. Mais lui il ne va pas te rembourser. Mais si tu veux l'attaquer, appeler la police il cherche les moyens pour fuir ».

La médecine la plus prisée par nos interlocuteurs est celle moderne d'où le premier recours en cas de maladie ou de besoins sanitaires. Son recours obéit à une sorte de sentier battu, une voie ou procédure à suivre. La médecine traditionnelle est utilisée des fois comme roue de secours en cas d'échec ou d'insatisfaction des soins administrés par les prestataires de soins exerçant dans les structures sanitaires. Le fait que le traitement tire en longueur avec tout ce que cela implique comme coût financier, prédispose ou renforce les perceptions et représentations sociales construites autour de cette maladie, qu'elle relève du malade ou de son entourage. Lassé du traitement biomédical et quand bien même libéré de l'hôpital, c'est-à-dire, lorsque le soignant atteste que la personne est guérie ou qu'elle reconnaisse les limites de la médecine moderne par rapport à cette maladie, le malade insatisfait, se rabat du côté de la médecine traditionnelle comme c'est le cas de notre interlocuteur cité précédemment. Pour beaucoup de nos interlocuteurs, de prime abord, on ne peut pas savoir qu'elle maladie relève de quel type de médecine, il faut d'abord aller à l'hôpital se faire traiter, faire des analyses, des examens, des bilans, etc. Maintenant, compte tenu des limites de la médecine moderne, partant des résultats obtenus, on sait que la maladie (plus exactement son étiologie) n'est pas de son ressort, mais du ressort de la médecine traditionnelle. L'entretien avec F.B.D. comme rapporté précédemment révèle qu'il peut y avoir une relation conflictuelle entre le patient et le médecin lorsque ce dernier atteste après diagnostic que le patient ne souffre plus ou qu'il est rétabli de sa maladie (« disease ») alors que le patient perçoit son état de santé autrement (« illness »), et qu'il soit obligé d'aller voir ailleurs pour chercher satisfaction.

Le recours à la médecine traditionnelle ou la médecine de nos « *aïeux* », la médecine au « *pied paternel* », la médecine « *source* », « *les eaux de [nos] grands-pères* » ou encore « *la base arrière* » comme l'ont nommé certains de nos interlocuteurs suit une certaine logique. Comme le dit si bien Garfinkel, l'acteur social n'est pas un « *imbécile culturel* », il est donc un acteur rationnel qui agit selon les contraintes sociales qui s'exercent sur lui. Parmi ces contraintes, il y a les limites de la médecine moderne notamment par rapport à certaines maladies taxées de mystiques ou de surnaturelles que les compétences du médecin, ni ses appareils sophistiqués ne peuvent détecter. De l'avis de V.M. (non bénéficiaire de la MS) : « *Des fois tu as une maladie qui est cachée sur ton corps ou dans ton ventre, il y a des guérisseurs qui travaillent avec leurs connaissances, ils voient ce qui se passe. Des fois, tu emmènes ton enfant à l'hôpital, ils ne voient pas la maladie parce que c'est une maladie mystique. (...). Si tu l'emmènes voir le médecin, il ne voit rien, il faut que tu l'emmènes chez le guérisseur traditionnel pour voir. Si c'est une maladie mystique, il va le soigner rapidement* ». L'orientation vers la médecine traditionnelle s'opère selon la maladie telle perçue par la personne malade ou son entourage, et qui emmène dans certaines circonstances le malade à aller directement vers cette médecine. Beaucoup de nos interlocuteurs affirment que le recours à la médecine traditionnelle se fait parce qu'un parent ou un proche a demandé de le faire et même oriente le malade vers le tradipraticien a x capacités de guérisons connues et reconnues. C'est ce qui est arrivé à B.T. (bénéficiaire de la MS) : « *On me dit, « kouli, kouli, Ndohou siting, Ndohou siting », depuis combien d'années ? Je suis en train de boire des médicaments traditionnels. Tu vois là, même ma sœur quand elle vient, elle me dit, fait attention aux médicaments traditionnels. Ce n'est pas bon pour les reins. Tu les prends beaucoup, va à l'hôpital, je lui dis, non, on dit que c'est le « kouli ». Mais j'ai vu qu'en le prenant, ça va, dès que j'arrête ça reviens. Ça fait plus de 3 ans, et puis tu vois mes ongles commencent à se noircir et puis ça se casse, les ongles se cassent* ». Ceci nous montre à quel point la société exerce une contrainte sur l'individu, un poids social qui consiste selon Emile Durkheim en des « *manières d'agir, de penser, de sentir, extérieures à l'individu et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui* ». Par rapport à l'échec de la biomédecine pouvant favoriser le recours des populations à la médecine traditionnelle, Fidèle Kadouké AYÉNA (2012) mentionne trois situations d'échecs, c'est-à-dire, lorsque les thérapeutiques modernes ne répondent pas ou plus efficacement à la demande de guérison. En premier lieu, l'échec face aux « *maladies d'origine supposée mystique ou sorcellaire et les maladies qui ne disposent pas encore, à l'état actuel de l'avancée des connaissances biomédicales, de médicament ou de prise en charge médicale définitive et efficace* ». En deuxième lieu, lorsque

l'action des traitements administrés partant de la perception du malade ou de son entourage familial tarde à être observable ou quand bien même après la prise en charge médicale, « *l'état de morbidité du patient ne s'améliore guère* ». En troisième lieu, « *lorsque la demande de soins ou d'actes thérapeutiques des populations ne rencontre pas l'efficience des techniques biomédicales effectivement disponible* ».

D'autres évoquent (s'agissant du recours à la médecine traditionnelle) des aspects socio-culturels, comme le fait que cette médecine est « *ancrée dans nos valeurs* » ou dans nos « *mœurs* », qu'ils ont été socialisés par rapport à cette médecine « *dès le bas âge* » au point que « *c'est dans [leur] sang* », et qu'on a trouvé cette médecine ici, qu'elle a précédé celle moderne, que nos ancêtres ne connaissaient pas les hôpitaux et pourtant ils vivaient longtemps. La médecine traditionnelle est perçue chez certains comme une survivance de la culture et des traditions ancestrales chères aux africains face à l'avènement du modernisme. Nier cette médecine revient à renier sa propre culture, voire ses origines.

En outre, il y a aussi la perception du coût des soins de santé. Certaines personnes pensent que la médecine traditionnelle quoique taxée de « *médecine de brousse c'est-à-dire une médecine qui trouve son ancrage territorial au sein des communautés villageoises* » (AYÉNA 2012) est moins coûteuse que celle moderne parce que le tradipraticien est mandaté par « *Dieu* ». Compte tenu de cela, il exerce ou doit exercer cette activité non pas pour le profit, mais pour aider les personnes, et il arrive que le paiement se fasse après guérison et dans certains cas quand le malade à satisfaction, et des fois, c'est la gratuité totale. C'est ce que rapporte d'ailleurs A.C. (CQ, bénéficiaire de la MS et membre de l'association régionale des tradipraticiens) : « *Je soigne la fibronne, l'asthme, l'ulcère, le diabète, la syphilis, les infections urinaires, l'hémorroïde, j'ai une pommade faite à base du beurre de karité mélangé avec une poutre de racine pour le rhumatisme et l'arthrose (problème d'articulation). Le plus souvent, je soigne gratuitement. Des gens viennent de Dakar, Thiès, et je voyage même, je vais des fois au Mali, en Gambie. Les gens sont satisfaits* ». La limitation du coût des prestations dispensées par le tradipraticien par rapport aux soins de santé dispensés par un médecin quoique discutable, peut s'expliquer en partie par le fait que le tradipraticien n'est pas équipé d'appareil pour demander au patient de faire des analyses ou bien des bilans sanguins très coûteux mais aussi, il n'y a pas de ticket de consultation. Ceci amoindrit le coût, mais se pose le problème de la qualité des soins administrés dans une logique de coût/efficacité. Le prestataire de soins se base sur des données objectives après avoir recouru aux appareils médicotecniques, alors que le tradipraticien sans appareils, se base sur son expérience subjective. Comme le dit E.D. (BSF, non bénéficiaire de la MS) : « *La pharmacopée avec 2 000 francs, tu pourras au moins sortir*

avec quelque chose. Mais est-ce que la pharmacopée t'a soigné ? Parce qu'il ne t'a pas fait d'analyse pour voir c'est quoi. Tu vas le voir, il te dit la consultation c'est 500 francs ou 1 000 francs, tu as déjà 1 000 francs non ? Tu as 2 000 francs. Tu vas chez la pharmacopée, tu lui expliques ton problème, il te dit la consultation c'est 1 000 francs, tu lui expliques, tu lui dis c'est ici qui te fait mal, il te dit, je vais te donner une bouteille à 1 000 francs, tu es content non ? Mais est-ce qu'il t'a soigné ? (...). Là-bas, c'est des tâtonnements. J'ai mal à la tête, on te donne une bouteille. Est-ce qu'il t'a soigné ? Et à l'hôpital, tu dis tu as mal au ventre, on te dit analyse. Après analyses on te sort les ordonnances. Parce qu'avant de te prescrire l'ordonnance, il a déjà vu ce qui s'est passé non ? Donc, c'est là la différence, tu peux dépenser aussi moins à l'hôpital comme chez la pharmacopée, mais comme je te l'ai dit, c'est un problème psychologique ». Selon ce dernier, la médecine traditionnelle peut être moins coûteuse que celle moderne, mais se pose un problème d'éthique quant à l'efficacité de la médecine traditionnelle. Par contre, la médecine moderne peut être plus coûteuse que celle traditionnelle, mais le patient a plus de chances d'avoir satisfaction.

Par rapport aux obstacles qui freinent le recours à la médecine traditionnelle, nous pouvons noter quelques reproches des populations. En plus du fait de ne pas disposer d'appareils pour détecter la maladie, donc qu'ils travaillent dans le « tâtonnement » selon certains, et se contentent de dire « *Si Dieu te donne la chance, tu es guéri, si Dieu ne te donne pas la chance, tu es obligé d'aller à la médecine moderne. Médecine moderne, tout de suite, on voit ce qui se passe* » (de l'avis d'un de nos interlocuteurs), il y a aussi le manque de confiance. On ne sait pas qui est tradipraticien et qui ne l'est pas, qui est charlatan ou pas. Cette situation peut s'expliquer par le manque de structuration des tradipraticiens et de transparence de leurs pratiques ou méthodes hétéroclites. En cas de problème ou de corruption, on sait où et à qui s'adresser pour la médecine moderne, alors que pour celle traditionnelle, difficile de poursuivre quelqu'un en justice parce qu'ils travaillent pour la plupart du temps dans l'informelle et comme le remarque J.C.S. (non bénéficiaire de la MS) : « *Il y a tellement de guérisseur* », « *mais moi je dis, 80% des marabouts ne sont pas des gens qui ont la capacité. Ils cherchent de l'argent* », nous a affirmé A.C. (bénéficiaire de la MS). B.M. (non bénéficiaire de la MS) ajoute pour sa part : « *Je vois qu'on fait leur publicité à la radio, mais c'est rare qu'ils soient des sénégalais. Généralement, ils viennent du Mali, de la Guinée Conakry, de la Guinée Bissau. Mais là-bas, il y a des malades et ils viennent ici au point qu'on fasse leur publicité à la radio. Ça m'a fait tellement mal. Si c'est vraiment le cas, comme on fait leur publicité, les malades, ils sont chez eux. Guinée Conakry, les malades sont là-bas, Mali, les malades sont là-bas, mais pourquoi ils ne peuvent pas guérir ceux-là mais qu'ils viennent ici au point qu'on les publie à la radio ?* ».

Le fait qu'il y ait beaucoup de tradipraticiens qui exercent dans la région et certains d'entre eux étant des étrangers et que les médias locaux ont rendu célèbres, vient sans doute renforcer et consolider les appréhensions, voire les préjugés vis-à-vis de la médecine traditionnelle. C'est ce qu'on peut noter partant des propos de A.M.D. (CQ, bénéficiaire de la MS) : « *Non. Je ne prends que les médicaments modernes parce que je ne connais pas le dosage. Et puis, manque de soins, je ne sais pas où ces racines sont prises, comment c'est fait. Je préfère les docteurs* ». Selon ce dernier, la méconnaissance des produits qui ont été utilisés dans la fabrication du traitement constitue un frein parmi d'autres tels que le manque de dosage. Mais connaît-il les éléments chimiques ou les molécules utilisées dans la composition des médicaments de la biomédecine, voire leurs propriétés médicinales ? Sans doute non. C'est donc dire que le refus d'utiliser les médicaments de la médecine traditionnelle pour ce dernier s'explique par un manque de confiance mêlé de préjugés.

Toutefois, le principal reproche le plus évoqué est le problème du dosage, donc le risque d'intoxication pouvant aggraver la maladie que de la guérir. C'est ce que déclare E.S.M. (SDQ, non bénéficiaire de la MS) : « *Avant de prendre d'abord la médecine traditionnelle, il faut aller d'abord à la médecine moderne. Parce que médecine moderne, les médicaments se mesurent, médecine traditionnelle, les médicaments ne sont pas mesurés. On te dit tu vas prendre le vers là tu vas boire, mais le vers là, il y a combien de comprimés ? (Rire). Mais comme nous sommes des africains, nous sommes nés dans les milieux comme ça, (...) quand on te dit de prendre un vers de thé, moitié, ou bien tu prends un verre tu le remplis, quand la dose est trop tu risques d'avoir des problèmes. Ça, c'est médecine traditionnelle, ce n'est pas contrôlé* ». Selon ce dernier, la précision du dosage à prendre pour le médicament traditionnel fait des fois défaut. La mesure n'est pas exacte comparée à la médecine moderne et des fois laissée à l'appréciation du patient qui peut en abuser.

Un autre aspect qui est apparu dans notre enquête et qui peut influencer sur le recours aux soins de santé, ce sont les mauvaises expériences. B.M. (non bénéficiaire de la MS, déjà cité qui se plaignait de l'exercice de tradipraticiens étrangers et que la publicité octroie leur renommée) affirme : « *Je me rappelle, mon père n'a jamais eu des problèmes de vision. On l'a soigné, après on l'a emmené au village. Quand on l'a emmené au village, (...) ils lui ont présenté à un guérisseur, ce dernier a dit qu'il peut le traiter. Mais les frais s'élèveront à 90 000 francs pour les trois jours de traitements. Il te touche les deux jours, le troisième jour, c'est fini pour 90 000 francs. Moi, j'étais ici, on a dit au guérisseur de le traiter. Et au bout du troisième jour, ils ont envoyé un jeune me le dire. Il m'a dit que mon père est malade mais qu'ils ont trouvé un tradipraticien, c'est-à-dire les guérisseurs qui viennent des pays comme le Mali. Je*

lui ai demandé, il peut traiter mon père ? Il m'a dit, oui, je lui ai demandé combien ? Il m'a dit qu'il a réclamé 90 000 francs. Je lui ai demandé s'ils ont de quoi payer, il m'a dit, non, ils comptent sur moi. Je leur ai dit, d'accord, vous avez dit à cet individu de soigner mon père mais il faut me le dire à temps pour voir si j'ai les moyens. Lorsque je suis parti, ils m'ont expliqué cela, j'ai dit d'accord, on est allé emprunter de l'argent pour payer le guérisseur. Je leur ai dit, pour sortir comme ça d'un trait 90 000 francs, ça sera très difficile, je suis père de famille, à moins de le payer par tranche. Il a dit, non, il faut qu'on le paie cache. J'avais en poche 40 000 francs, le reste je l'ai emprunté à Ziguinchor et je suis allé payer le gars. Mais le gars est parti et mon père a perdu complètement la vue. Tu vois, c'est une perte tu sais. C'est ce qui fait que je ne les porte pas dans cœur. Chez eux, il y a des malades, s'ils étaient vraiment capables, ils n'allaient pas quitter chez eux pour venir ici. C'est pourquoi je n'ai rien à faire avec eux ». L'échec de certains traitements thérapeutiques qui relèvent de la médecine traditionnelle et surtout l'aggravation de certains cas de maladies remet en cause l'efficacité des résultats attendus vis-à-vis de cette médecine, et engendrent des réticences au profit de la médecine moderne. Pour cet interlocuteur, cet échec a coûté doublement, d'abord les soins de santé étaient trop onéreux au point qu'il était obligé de s'endetter et ensuite, son père a perdu la vue. Et depuis lors, il éprouve de la répulsion envers la médecine traditionnelle. C'est ce que nous pouvons noter aussi dans le cas de C.D. (non bénéficiaire de la MS) : « *La médecine moderne, elle n'a pas d'égale. Je l'ai compris lorsque mon fils avait mal à l'œil. J'ai pratiqué la médecine traditionnelle, mais il a fallu de peu qu'il perde son œil. Une maman m'a dit de l'emmener à l'hôpital régional, moins cinq il allait perdre son œil. Le lendemain, il a ouvert son œil, c'est là où j'ai su que la médecine moderne n'a pas d'égale. (...). Depuis lors, j'ai pris la médecine moderne très au sérieux. (...). On va d'abord à l'hôpital, si ça ne va pas, on trouve une autre solution. On fréquente rarement la médecine traditionnelle ».*

Entre la médecine moderne et celle traditionnelle, il y a des va-et-vient considérables, donc difficile de maîtriser le parcours du patient ou des médicaments qu'il a consommés pour augmenter ses chances de guérison. Le fait de recourir en premier lieu la médecine moderne, puis celle traditionnelle, n'empêche pas de recourir à nouveau à celle moderne en cas d'insatisfaction de part et d'autre ou de recourir aux deux types de médecine à la fois. Autrement dit, on peut recourir à différentes méthodes thérapeutiques suivant le changement de l'étiologie de la maladie telle exprimée par la personne malade ou son entourage. Et c'est certainement ce retour à la médecine moderne, en toute hypothèse, alors que la maladie est à un stade très avancé une fois que le malade a déjà expérimenté la médecine traditionnelle, soit au cours du deuxième recours à la médecine moderne, voire plus, qui a emmené des prestataires de soins à affirmer

lors de nos entretiens qu' « à Ziguinchor, le premier recours aux soins est vers les tradipraticiens ». Or, comme nous l'avons évoqué, les populations consultent plus avec la médecine moderne et même s'agissant de l'automédication, cette pratique garde une place de choix avec les médicaments de la médecine moderne parce qu'un problème de dosage se pose avec certains médicaments de la médecine traditionnelle. Toutefois, ces différents aspects méritent d'être approfondis.

Cette médecine traditionnelle retarde des fois la consultation dans les structures sanitaires et compromet des fois l'administration du traitement. C'est en tout cas l'avis de F.D. (prestataire de soins) : « *Il y a d'autres qui te disent, va à l'hôpital. Non, je n'aime pas l'hôpital. Si je vais là-bas, parce que j'ai attaché un gris-gris une piqûre ne doit pas entrer dans mon corps. Il y en a beaucoup de ces croyances. Vraiment, même juste pour le paludisme, ils te disent, ça non, non, à l'hôpital on ne peut pas le soigner. Seul le guérisseur peut le soigner* ». Ces propos révèlent que la médecine moderne avec tous ces appareils sophistiqués et son personnel spécialisé n'échappe pas elle aussi à la réticence des populations, imbues de leurs valeurs traditionnelles et croyances ancestrales consolidées par les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie.

En termes d'efficacité, les populations ne considèrent pas ces deux médecines comme concurrentes, l'une étant plus pragmatique que l'autre, mais comme complémentaires dans la mesure où ces deux types de médecines exercent dans des univers différents, selon le corps professionnel, pouvant aller de l'ordre naturel des choses tout comme du surnaturel. Et dans le cas contraire, la balance penche du côté de la médecine moderne en termes d'appréciation de la médecine la plus efficace. Certains de nos interlocuteurs ont affirmé qu'en allant voir un tradipraticien, ce dernier les a demandé s'ils sont allés d'abord à l'hôpital pour avoir l'avis d'un médecin ou s'ils ont fait des analyses ou bilans de santé. C'est ce qu'atteste A.C. (CQ, bénéficiaire de la MS et membre de l'association régionale des tradipraticiens) déjà cité : « *Quand un malade arrive ici, je le conseille d'aller d'abord à l'hôpital pour voir ce qu'il a. Si la personne insiste qu'elle ne veut pas aller à l'hôpital, je le traite à ma manière. Une malade souffrait de maux de tête, elle disait qu'elle avait l'impression qu'un lézard se déplaçait dans sa tête. Elle s'est traitée pendant 4 ans pour se soigner. Elle est venue, je lui ai dit d'aller à l'hôpital faire des analyses. On lui a dit, qu'ils n'ont rien vu et lui ont prescrit de l'Effergal et du paracétamol. J'ai dit qu'elle a deux maladies, le goitre et un problème de circulation sanguine. Le médecin, a dit que non, j'ai insisté pour qu'on lui fasse des analyses et ça s'est révélé être le cas. Elle avait un goitre qui n'était pas visible. Je l'ai traité et deux semaines plus tard, elle est guérie. Généralement, lorsque les gens ne sont pas satisfaits après avoir été à*

l'hôpital, ils disent que c'est le mystique. Moi, je mets de côté le mystique. Des fois on demande aux malades d'aller voir un tradipraticien. Certaines personnes attachent des genres gris-gris pour se prémunir de certaines maladies ». Ces propos montrent que ces deux médecines se complètent sous certains aspects, donc leur opposition doit être relativisée. Ce dernier, après avoir examiné le patient qui avait l'impression qu'un lézard se déplaçait dans sa tête a diagnostiqué une pathologie, mais un examen plus poussé était nécessaire pour asseoir son diagnostic basé sur son expérience suggestive alors que le médicament ne posait pas problème.

Compte tenu de tous ces aspects et des limites observables vis-à-vis des deux types de médecines, pouvons-nous envisager une convention entre la MS et la médecine traditionnelle ? Une telle question tranche au sein même des prestataires de soins, des promoteurs de la MS tout comme de la part des populations. Quoique certains y voient comme un avantage compte tenu des limites de la médecine moderne face à certaines maladies, des problèmes de faisabilité risquent de se poser puisque la médecine traditionnelle n'est pas bien structurée. À en croire M. M.M.D. (MCR médicale) : « *Mais pour le moment, je crois qu'il faut plus se focaliser sur les structures sanitaires et puis voir comment copier, comment intégrer ces tradipraticiens-là dans le système de santé parce qu'il ne peut pas y avoir plusieurs systèmes de santé, c'est un seul système de santé, donc on devrait pouvoir travailler ensemble, pas chacun de son côté. Mais pour l'instant, avec les MS, relevons d'abord le défi de la CMU avec les MS, bon, après nous pouvons voir ce que nous pouvons faire* ». Et M. J.J.M. (MCD sanitaire de Ziguinchor) de renchérir : « *Sans une organisation, l'État ne peut pas s'engager. Vous ne pouvez pas nouer un partenariat avec un groupe sans président, sans organigramme, etc. Non. Pour que l'État puisse s'engager dans ce domaine, il faut que le secteur traditionnel soit bien organisé et qu'il réponde à des normes administratives et fonctionnelles* ». Partant de ces deux propos, une potentielle convention entre la MS et la médecine traditionnelle mérite mûre réflexion compte tenu des enjeux qui peuvent exister. Déjà, se pose un problème d'interlocuteur du fait que ce secteur n'est pas bien structuré ou organisé. Il est donc apparemment trop tôt de penser à un tel accord et vouloir accélérer les choses, cela risque de compromettre le bon déroulement de la CMU sous cet angle. De la part de certaines personnes interrogées, une telle convention viendrait à point nommé dans la mesure où les limites de la médecine moderne par rapport à certaines maladies qui ne relèvent pas de son domaine de prédilection sont avérées. Par contre pour d'autres, animés d'un pessimisme affirment qu'une telle initiative n'est pas souhaitable. Pour M.T. (DQ, bénéficiaire de la MS) : « *Non, je ne préfère pas qu'ils signent avec un praticien. Là, je ne suis pas d'accord. S'ils signent de la convention, c'est mettre encore de l'huile au feu* ». À en croire ce dernier, la situation actuelle avec les MS est incertaine, voire

douteuse et qu'une convention qui n'a pas sa raison d'être viendrait tout mettre en branle. Or, la médecine traditionnelle à ses adeptes à l'instar de G.D. (non bénéficiaire de la MS), parlant de la médecine traditionnelle : « *Non, non, non. Je ne vous le cache pas. Pour une année, j'y vais trois fois, soit j'ai le corps chaud. Rarement que je vais à l'hôpital* ». Et O.D. (non bénéficiaire de la MS) ajoute ces propos : « *C'est pour cela que je fréquente pour la plupart du temps des cliniques qui traitent avec les médicaments bio, c'est-à-dire qui n'ont rien à voir avec les médicaments qu'on vend dans les pharmacies. Peut-être c'est à cause de ça, ça peut expliquer aussi pourquoi je n'ai pas encore adhéré à la MS parce que je fréquente rarement les hôpitaux* ».

Toutefois en dépit de ces différentes considérations, ne doit-on pas tenir compte de ces différents aspects et essayer de les concilier dans une optique de rendre plus pragmatique le recours aux soins de santé quand on sait que l'abstraction des réalités ou dynamiques socio-culturelles a longtemps constitué un frein au développement et à la réussite des politiques publiques ? Sous ce rapport, quoique nous n'ayons pas rencontré un cas explicite où il est fait mention de l'absence de convention entre la MS et la médecine traditionnelle comme facteurs de non-adhésion à la MS, ce facteur peut constituer un frein inavoué ou latent surtout dans les zones rurales où cette médecine est plus présente et où l'accès aux soins de santé de la médecine moderne reste à désirer.

3. Pratiques socio-culturelles

Les pratiques socio-culturelles sont parties prenantes des réalités sociales de notre zone d'étude et de manière générale en Afrique. Elles sont appréhendées par certaines personnes comme quelque chose de sacré, un héritage ancestral à préserver, un mode de vie africain et même une obligation à remplir. Selon H.G. (non bénéficiaire de la MS) : « *Si tu ne respectes pas la culture, ça peut t'affecter sur le plan sanitaire* ». Pour d'autres, c'est une sorte d'identité socio-culturelle à faire valoir. Ce que déplorent beaucoup de personnes toutefois, ce n'est pas que ces pratiques sont forcément mauvaises en soi, mais fustigent les dépenses exorbitantes que les gens consacrent à ces pratiques, cette attache considérable à leur sujet au sacrifice de certains besoins socio-sanitaires. La plupart de nos interlocuteurs blâment les gaspillages au cours de certaines cérémonies telles que les baptêmes, les rituels funéraires, les mariages, etc. Si pour certains, ces pratiques sont des « *machins* », des « *détails* », pour d'autres, les fustiger, c'est faire abstraction de ses origines. De l'avis de M.S. (bénéficiaire de la MS) : « *Ce ne sont pas les pratiques, mais les dépenses. Les gens le font par orgueil, par voyez-moi, ce n'est pas le culte-là même qui emmène ces dépenses, mais la manière dont les gens veulent se faire voir.*

(...). *Ça c'est l'occident qui fait ce combat-là, notre culture, on doit la développer, notre culture on doit la garder, le nôtre moi, il faut le développer. (...). Oui, bien sûr, mais l'argent sert à quoi ? Nous on ne dépense pas dans les cérémonies, sinon on ne serait pas là. On n'allait pas vécu. Si on dépensait tout dans les cérémonies, on n'allait pas vécu. (...). Ça prend de l'argent parce que c'est la façon de faire. Il faut peut-être dire, que les gens revoient certaines pratiques, certaines dépenses, mais dire comme le développe l'occident, (...). L'homme est culturel. L'homme vit par sa culture, ce n'est pas par rapport à ce qu'il mange, ou bien par rapport à ce qu'il porte, non, l'homme s'identifie par rapport à sa culture. Donc, nous continuons à suivre notre identité par nos pratiques, par nos dépenses culturelles* ». Selon ce dernier, les pratiques socio-culturelles ne constituent en soi, en aucune manière un frein au développement socio-économique, ni sanitaire de l'être humain. Le problème, ce sont les dépenses irrationnelles, autrement dit, il faut conscientiser les personnes et les emmener à faire une gestion rationnelle des dépenses liées à ces pratiques. Si certaines de ces pratiques sont certes coûteuses, toute l'économie familiale n'y est pas consacrée au point que la personne ait du mal à subvenir ensuite à ses besoins fondamentaux selon notre interlocuteur. Mais quand n'est-il de l'impact à long terme ? Vouloir aussi lutter contre ces pratiques ou les dénigrer, c'est le propre de l'occident affirme-t-il, donc, cet acte serait assimilé à de l'acculturation ou perte d'identité. Et une des manières de garder son identité consiste à recourir à ces pratiques qui constituent un facteur de solidarité selon certains.

Toutefois, la solidarité africaine telle valorisée par la littérature, n'est pas si solidaire. Comme le montre Alain LETOURMY (2000 : 234-235) : « *S'il faut se méfier des idées générales relatives aux facteurs de société favorables (ici la solidarité africaine), il est important de repérer les processus d'apprentissage assez rapides qui accompagnent l'introduction de l'innovation sociale* ». Pour T.S. (vice-président d'un délégué de quartier et bénéficiaire de la MS) : « *Dans le quartier je suis un des notables, j'ai eu à faire beaucoup de sensibilisation, surtout en matière de santé. Et quand il y a une mutuelle, j'ai dit que ça pouvait sauver des gens. Comme, mais notre société, il y a des mutualistes. Dire aux gens, comme vous allez à l'hôpital, quand votre voisin est malade, vous l'apportez une pomme, vous lui apportez des bananes pour le soulager. Traditionnellement on est socialiste. Il y a des gens qui vont dire : est-ce que tu as essayé ça, et ton ordonnance, est-ce que tu paies ? Non. Je prends ça en charge. Socialement, cette structure-là a toujours existé chez nous. Mais maintenant, ça commence à s'effriter. Chacun pour soi ainsi de suite, mais quand tu es malade, tous les parents viennent te voir pour remonter un peu, partager la douleur, ainsi de suite* ». Ce dernier souligne un aspect important de la solidarité africaine à savoir son émiettement au profit d'un

individualisme de plus en plus présent. Beaucoup de nos interlocuteurs se plaignent et sont même offusqués du manque de soutien de certaines personnes malades dans la gestion ou le traitement de leur maladie, mais lorsque ces dernières meurent, l'argent vient de partout. C'est l'impression de M.B. (DQ, non bénéficiaire de la MS) : *« Il faut aussi que la personne adhère parce qu'en Afrique, quand on dit, il y a baptême, il y a mariage, les cotisations qui se font, c'est colossale. Mais quand on dit que telle personne est malade, sauvons-le, il n'y a rien. Quand la personne est décédée, la famille se réunit et tu vois quelqu'un dire, moi je vais emmener un bœuf, moi je vais emmener ceci, faire cela, et si la personne l'avait fait au demeurant, la personne n'allait pas mourir. C'est-à-dire, on fait toujours le contraire. (...) C'est ce que nous vivons au jour le jour. L'africain ne connaît que la noce, l'africain ne connaît pas le malade. Il n'y a pas d'autres connaissances. Quand la personne tombe malade, la personne n'a pas de parent ou de proche. Quand la personne est morte, elle a ses parents. Tu vois c'est le contraire, quand la personne est malade, les gens viennent la voir, comment vas-tu ? Tu vas beaucoup mieux ? Que Dieu te donne une bonne santé. Mais on n'enlève même pas un petit 5 francs pour donner à la personne. Mais quand la personne est morte, tu emmènes 100 000 francs, 200 000 francs, 500 000 francs, ça vient de partout, pour les funérailles et pour la fête. Mais ce que tu dépenses là, est-ce que c'est le mort qui va le manger ? Chez nous, mais si c'est le contraire, quand la personne est malade, chacun qui vient il met la main dans la poche, et donner 1 000 francs, 2 000 francs, 5 000 francs, si la personne ne guérit pas, par malheur il décède, les gens diront que vraiment, on a tout fait, mais c'est la main divine ».* Selon ce dernier, les gens font l'inverse ou mettent la charrue avant les bœufs dans la mesure où ils accordent (en tout cas selon l'impression qu'ils donnent) plus d'importance à la mort qu'à la maladie. Ceci peut s'expliquer partant des conceptions et des croyances qui s'articulent autour de la mort, et qui sont véhiculées par certaines religions, ou tout simplement, constituent un respect de rites ancestraux à suivre au risque de s'attirer le malheur. Ceci explique la crainte des vivants à l'égard des morts ou de l'au-delà. La personne malade bénéficie de peu de soutien social ou dans certains cas, se content tout simplement d'un soutien psychologique. Parler de « solidarité spontanée » dans ce contexte pose donc problème.

Les pratiques socio-culturelles dont les cérémonies sont également perçues comme un « prétexte de faire rassembler » les gens notamment unis par des liens de parenté. C'est un moyen de nouer, d'entretenir et de consolider les liens sociaux. Ce sont des moments de solidarité. Les cérémonies constituent également un lieu où s'affrontent le sain et le malsain, le naturel et le symbolique ou le sacré. Cette attache aux pratiques socio-culturelles peut avoir des répercussions sur la santé des populations et peut-être même sur l'adhésion à la MS compte

tenu des coûts qu'elles peuvent engendrer dans certaines circonstances, quand on sait que beaucoup de populations vivent dans des conditions sociales pénibles et que l'une des raisons invoquées des fois comme facteur de non-adhésion à la MS, c'est le coût des frais d'adhésion et de la cotisation. De l'avis de F.D. (prestataire de soins) : « *Parfois tu dois donner rendez-vous à ton patient, plusieurs jours il te revient, non, j'étais en Guinée j'avais un baptême, un événement, un deuil, voici des choses je ne peux pas expliquer. Mais quand l'enfant vient, il te fatigue parce qu'il vient à un stade compliqué. (...). Négligence, manque de connaissances, ignorance, c'est des choses comme ça. On a beau parler mais rien* ». Partant de ces propos, le coût de ces pratiques socio-culturelles n'est pas seulement à considérer comme pouvant constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé de qualité, mais aussi les déplacements qu'elles peuvent susciter surtout si ces déplacements se font vers des zones rurales où les structures sanitaires ne sont pas très accessibles.

4. La santé et la MS, une priorité pour les populations par rapport aux besoins sociaux ?

Montrer la place qu'occupe la santé ou la MS parmi les autres besoins sociaux n'est pas une tâche commode puisque le concept même de santé est chargé. Le tableau qui suit montre la place qu'occupe la santé parmi six besoins sociaux que sont : logement, travail, scolarité, santé, nourriture et cérémonies.

Tableau 5 : Les besoins sociaux perçus comme étant une priorité pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la Mutuelle de Santé

Besoins sociaux	Besoins sociaux perçus comme étant une priorité pour les bénéficiaires de la MS	Besoins sociaux perçus comme étant une priorité pour les non bénéficiaires de la MS	Total
Santé	16	7	23
Logement	5	9	14
Travail	4	5	9
Nourriture	1	8	9
Scolarité	0	1	1
Cérémonies	0	0	0
Total	26	30	56

Source : Enquête personnelle

L'analyse du tableau révèle que pour les bénéficiaires de la MS (26 interlocuteurs), parmi ces six besoins sociaux, le plus évoqué comme étant une priorité est la santé citée par 16 interlocuteurs qui l'ont évoqué comme premier besoin social qui constitue une priorité pour eux par rapport aux autres besoins. Ensuite, suit le logement (5 interlocuteurs), le travail (4 interlocuteurs), la nourriture (1 interlocuteur), par contre, la scolarité et les cérémonies n'ont été évoqués par aucun de nos interlocuteurs. Pour les non bénéficiaires de la MS (30 interlocuteurs), le nombre de ceux ayant évoqué la santé comme priorité (et l'ont cité comme premier besoin faisant objet de priorité par rapport aux autres besoins sociaux) s'élève à 7, contre 9 pour le logement, 8 pour la nourriture, 5 pour le travail, 1 pour la scolarité, par contre, les cérémonies n'ont été évoquées par aucun de nos interlocuteurs. Pris globalement, c'est-à-dire, en tenant compte des avis des bénéficiaires et non bénéficiaires de la MS, la santé occupe toujours la première place (23 interlocuteurs), ensuite suit le logement (14 interlocuteurs), le travail et la nourriture (9 interlocuteurs pour chaque besoin) et la scolarité (1 interlocuteur). Les cérémonies ne constituent nullement une priorité pour les personnes interrogées. Nous

constatons que les bénéficiaires de la MS considèrent plus la santé comme relevant d'une priorité parmi ces six besoins sociaux et même que le nombre d'interlocuteurs bénéficiaires de la MS ayant opté la santé comme priorité a dépassé de peu le tiers du nombre d'interlocuteurs ayant choisi le besoin qui a suivi comme relevant d'une priorité (à savoir le logement). Pour les non bénéficiaires de la MS, nous constatons que la santé comme priorité, occupe la troisième place, c'est-à-dire, après le logement et la nourriture. En termes d'hypothèse, nous pouvons dire que la perception de la santé comme priorité parmi les besoins sociaux est un facteur d'adhésion à la MS puisque les bénéficiaires de la MS considèrent plus la santé comme priorité que les non bénéficiaires. À en juger par les chiffres, le nombre de bénéficiaires ayant choisi la santé comme priorité dépasse légèrement le double du nombre de personnes non bénéficiaires de la MS ayant choisi la santé comme priorité. Le fait que le nombre de bénéficiaires qui ont opté la santé comme priorité étant plus important que ceux qui l'ont opté parmi les non bénéficiaires de la MS peut s'expliquer par le fait que certains bénéficiaires de la MS le sont, parce qu'ils sont déjà confrontés à des ennuis de santé, donc ont sans doute traversé des expériences particulières de la maladie. En effet, notre enquête a révélé que certaines personnes affilient à la MS (quoique l'adhésion seule à la MS ne constitue pas un indicateur pour mesurer la santé comme faisant l'objet d'une priorité ou pas) parce qu'elles sont déjà malades et qu'elles ont besoin de soins de santé au point qu'elles ont perçu la santé comme une chose qui relève de la nécessité. Cette situation les a certainement conduits à faire de leur état de santé une priorité. La MS n'a été évoquée (au-delà même de ces six besoins sociaux) par aucun de nos interlocuteurs comme relevant d'une priorité. Certains de nos interlocuteurs l'ont même citée avant-dernière position des priorités, c'est-à-dire, juste avant les cérémonies et d'autres après avoir cité la santé. Toutefois, elle fut citée par un de nos interlocuteurs comme relevant d'une priorité lorsque nous avons évoqué l'importance des dépenses des besoins sociaux à consentir face à la limitation des ressources financières.

Notre enquête a révélé que la santé (ce qui est aussi certainement des autres besoins sociaux) ne constitue pas toujours une priorité pour les populations. Selon A.S. (PEC, bénéficiaire de la MS) : « *Le besoin qui vient en premier constitue une priorité* ». La perception de la santé comme priorité diffère donc d'une personne à une autre et même chez une même personne, la perception de la santé n'est pas figée mais est tributaire de l'expérience singulière que vit cette personne ou de celle des personnes qu'elle côtoie. De l'avis de F.B.D. (BSF) : « *Tu peux voir quelqu'un aller se soigner rapidement dès l'instant qu'il est malade. Dès lors qu'il sent des malaises il court vers l'hôpital. Tu peux voir quelqu'un qui est malade et rester des mois sans pouvoir se soigner parce qu'il manque de moyens. Celui qui n'a pas les moyens, il*

reste chez lui, jusqu'à ce que la maladie s'aggrave. À cause du manque de moyens, certains attendent d'aller voir le docteur parce qu'ils pensent que s'ils vont voir le docteur qu'est-ce qu'ils vont manger ensuite ou bien mes enfants qu'est-ce qu'ils vont manger ou bien le propriétaire de la maison, je n'aurai pas de quoi payer la location. Tu ressens la douleur mais tu ne peux pas (...). Mais si tu restes jusqu'à ce que la maladie s'aggrave, tu ne vas même pas te préoccuper de tout cela, tu ne vas pas te préoccuper, dire par exemple, si je vais me faire consulter, je n'aurai pas de quoi payer la location, ceci ou cela. Tu vas te soigner, tu n'auras pas d'autres préoccupations que recouvrer la santé. Si tu penses à payer la location et tu économises pour cela alors que la maladie est en train de gagner du terrain. Si par exemple aujourd'hui, j'ai du mal à user mes pieds, je ne peux pas manger ou faire quoi que ce soit, je vais aller sans savoir quand est-ce que je me suis levé. Alors que si j'étais parti top, peut-être que je n'aurais pas à payer la moitié de mon économie ». Il transparait dans ces propos que face à la limitation des ressources financières, un choix est fait sur les types de besoins sociaux qui nécessitent une attention particulière que d'autres. La santé ne reste pas toujours une priorité pour certaines populations ou du moins, devient une priorité quand la maladie surgit et même quand elle est à un stade avancé, c'est-à-dire, qu'elle s'aggrave et que la personne malade ressent l'obligation d'aller se faire consulter. Ce fait est confirmé par l'importance qu'accordent certaines populations aux dépenses de santé par rapport aux autres besoins sociaux. Pour S.N. (PEC, SDQ, bénéficiaire de la MS) les dépenses qui crèvent plus les revenus de la famille dans l'ordre de grandeur sont : « *Nourriture. Logement. Scolarité. La santé aussi, je me décarcasse. (...)* ». Par rapport à l'importance accordée aux dépenses des besoins sociaux, selon ce dernier, la santé occupe la première place. Toutefois, au cas où les ressources financières de la famille sont limitées et qu'il faille sacrifier d'autres besoins sociaux, les besoins qui occupent la plus grande importance et qu'il faille satisfaire à tout prix sont : « *Nourriture. Santé* ». Pour approfondir la réflexion, nous lui avons posé cette question subsidiaire : Lorsque vous vous portez bien, la santé constitue-t-elle une priorité pour vous ? Cet homme répond à cette question en ces termes : « *Non. Si je me porte bien toute la famille se porte bien, la priorité c'est la nourriture. (...). Lorsque je suis malade. Lorsque quelqu'un est malade, il faut le soigner le plus vite possible. Même s'il s'agit de ne pas manger pour le soigner. Peut-être demain, il pourra gérer la famille* ». Ce fait n'est pas un cas isolé. Pour I.D. (PEC, SDQ, bénéficiaire de la MS) la santé « *est une priorité, quand on se sent bien, elle est une priorité mais on la met de côté, on s'occupe des autres d'abord. C'est-à-dire, du point de vue nourriture, scolarité, et autres. Maintenant, quand on est malade, comme avant on l'avait mis de côté, quand on est malade, partant de là, comme je te l'ai dit, on va tout de suite voir*

madame, elle va défalquer le petit quelque chose qu'elle avait dans sa petite caisse pour subvenir à cela. Delà, en combattant cette maladie, une fois que vous vous portez bien, maintenant, vous commencez encore sans relâche, sans interruption, vous continuer le petit combat à chercher par-ci, par-là, pour combler certaines lacunes ». Au cours de nos entretiens, certains de nos interlocuteurs se sont contentés de donner des réponses de convenance. C'est le cas B.M. (PEC, bénéficiaire de la MS) quand il déclare : « *Dans les normes, c'est la santé qui doit être la base* ». C'est aussi le cas de K.T. (bénéficiaire de la MS) lorsqu'il déclare : « *On doit la considérer comme une priorité* », ou comme le dit I.G. (CQ, bénéficiaire de la MS) : « *Comme les gens le disent, la santé c'est une priorité. Avant tout la santé. (...)* ». Ceci nous amène à dire que la santé, pour certaines personnes est un idéal, c'est-à-dire, une aspiration vers laquelle on tend sans pour autant maximiser toutes les ressources afin de l'atteindre.

De l'avis de certains prestataires de soins de santé, le retard flagrant de certains patients dans la prise en charge de leur état de santé (non-respect de certains rendez-vous et interruption de leur traitement) parce qu'ils doivent s'acquitter de certaines exigences sociales est révélateur de la priorité qu'accordent certaines populations par rapport à la santé. Le réflexe d'aller se faire consulter quand on est malade reste un défi à relever pour certaines populations. De l'avis de C.D. (prestataire de soins) : « *En fait ça revient aux aspects curatifs et préventifs des motifs de prévention. En général, la santé devient prioritaire en phase de la maladie. Et même il est regrettable de le dire, parfois ce n'est même pas la priorité, parce que je prends juste un exemple, quand on voit certaines familles qui ont un membre malade, pour des raisons antérieures ou bien pour des raisons du moment, les soins sont négligés, ou bien ils sont abandonnés on ne voit même pas de l'accompagnement pour faire quelque chose. Bon, là c'est des cas qui sont aussi rencontrés par le Centre de Santé. En résumé, la santé devient prioritaire en phase de la maladie pour la plupart des humains, et même cette priorité n'est pas tout à fait effective pour certains* ». Selon notre interlocutrice, soit le malade lui-même néglige la prise en charge effective de sa maladie ou bien son entourage dont les membres de sa famille n'en font pas une préoccupation majeure lorsque la maladie s'annonce. C'est quand il n'y a pas d'autres alternatives que le malade est conduit dans un PPS. F.D. (prestataire de soins) de renchérir : « *Une personne bien portante, la santé ne constitue pas une priorité pour elle. D'autant plus, c'est, quand on est en Afrique, c'est quand on tombe vraiment là, compliqué, carabiné, c'est là qu'on cherche à aller dans une structure de santé. Et d'autres partent chez le guérisseur traditionnel. Alors s'ils trouvent leur compte c'est bon, s'ils n'en trouvent pas tant mieux. Donc je suis bien portant, je ne vais pas aller à l'hôpital. Alors même pour des raisons de bilans, pour voir mon état de santé, mon statut de sérologie, on n'en voit pas. C'est*

quand on est bien attaqué, bien rongé par la maladie, c'est là qu'on songe à aller dans les structures de santé. Alors, ce n'est pas une priorité pour certains, mais pour d'autres c'est une priorité parce qu'eux aussi ils se lèvent, même s'ils sont bien portantes, ils viennent, mon enfant est resté 6 mois sans tomber malade, je veux faire des analyses, pour voir pourquoi. On en voit. Il y en a d'autres aussi qui prennent vraiment soins d'eux. Il y a d'autres, bon, ce n'est pas leur affaire ».

Nous pouvons donc dire que la santé constitue certes une priorité pour certaines populations parmi les besoins sociaux encore faudrait-il être malade pour qu'elle le soit, comme le dit K.D. (SDQ, bénéficiaire de la MS) : « *La santé, elle est primordiale mais il faut qu'elle nous affecte* », par contre pour d'autres, elle n'occupe pas une place de choix devant la satisfaction des besoins sociaux qui relèvent du quotidien tel que le logement ou la nourriture. Au regard du taux d'enrôlement dans la MS et le fait qu'elle n'ait été citée par aucun de nos interlocuteurs comme priorité parmi les besoins sociaux montre que la MS ne constitue pas une priorité pour les populations. En plus de cela, certains se demandent si cette initiative en vogue qui est perçue comme un moyen de réduire ou de faire face aux contraintes que rencontrent les populations dans l'accès aux soins de santé de qualité connaîtra un plein succès.

IV. La MS : « Est-ce que ça va continuer ? »

Des acteurs clés de la MS tout comme certains membres de la population bénéficiaires ou non de la mutualité ont exprimé un certain scepticisme par rapport à l'avenir de cette initiative. En effet, certains se demandent, de manière explicite ou sous-entendue « *est-ce que ça va continuer ?* ». Cette interrogation qui semble être légitimée pour au moins deux grandes raisons que nous allons développer pose la problématique de la pérennité de cette initiative. L'une d'elles qui est d'ordre politico-économique interpelle l'engagement de l'État, c'est-à-dire, si ce dernier va continuer de mettre les fonds et les moyens nécessaires pour la réussite de cette initiative à court et à long terme. En effet, compte tenu du retard de l'État dans le remboursement des structures sanitaires notamment dans le cadre de la gratuité des soins de santé telle que celle des enfants de 0-5ans et la prise en charge des personnes du 3^{ème} âge par le plan Sésame, se demander si la subvention partielle accordée par l'État aux bénéficiaires de la MS ainsi que celle ciblée et totale qu'il a accordée aux bénéficiaires de la BSF enrôlés dans la MS va se poursuivre, est une question qui semble être judicieuse. Quoique ce soit des initiatives pertinentes qui doivent être rendues pérennes, le retard du remboursement de l'État dans le cadre des politiques de gratuité promu par la CMU aux structures sanitaires remet en cause la pérennité de cette politique ainsi que la prise en charge efficace et efficiente des personnes

ciblées. Le cas du plan Sésame où certaines structures sanitaires refusent de la mettre en œuvre dû au non remboursement de l'État en est une illustration pertinente. Cela nourrit donc un certain pessimisme vis-à-vis de certains membres de la population. C'est le cas de M.T. (non bénéficiaire de la MS) : « *Même les enfants de 0 à 5 ans, c'est ce qu'ils disent mais ils te font payer. (...). Pourquoi ne pas avoir ces médicaments-là en stock ?* ». Le gap qu'il y a entre le concept de gratuité de santé et le caractère opérationnel même de cette initiative (rupture de médicaments) sur le terrain pose problème. D'ailleurs, les structures sanitaires ayant le ras-le-bol de cette situation qui les essouffle en créant un déséquilibre sur leurs finances (réduit leurs ressources financières lesquelles ressources leur permettent non seulement de payer le personnel, mais aussi, d'équiper les structures sanitaires en matériels ou médicaments pour la prise en charge plus optimale des besoins des patients), donc est source de dysfonctionnement puisqu'elle affecte négativement sur la qualité des soins de santé dispensés à leurs usagers, n'hésitent pas à décréter une série de grèves. Ce qui rend aussi cette interrogation pertinente, toujours dans le cadre politico-économique, réside dans l'alternance politique, quand on sait qu'un changement de régime politique notamment l'élection d'un nouveau chef d'État peut avoir des répercussions sur la poursuite des programmes ou initiatives mises en œuvre par l'ancien chef d'État. Le nouveau chef d'État venu au pouvoir peut essayer d'opérer un remue-ménage aux précédentes initiatives entreprises par le chef d'État qui a précédé et poursuivre une autre voie ou vision. Certaines populations semblent donc manifester une certaine réticence craignant que l'État puisse se désengager du jour au lendemain. De l'avis de I.D. (SDQ, PEC, bénéficiaire de la MS) : « *Les gens voient l'importance qu'il y a à la CMU. Les autres pour eux, au moment où je vous parle comme ça, pour eux tout est politique, tout est politique, tout est politique, tout, tout, tout. À leur parler, ils n'essaient même pas de comprendre* ». Ainsi, l'implication de l'État (politique) dans le processus de la mutualité peut constituer un obstacle ou un retard dans l'adhésion à la MS pour certaines populations. Toutefois, « *Cette mutuelle, elle est apolitique. La mutualité est apolitique, incolore, inodore* » nous assure M. B.K. (Président de l'URMS).

Une autre grande raison peut être appréhendée partant des mauvaises expériences liées à la mise en œuvre des MS communautaires bien avant que l'État ne s'engage à appuyer ces dernières dans l'atteinte de l'objectif de la CMU à savoir 75% de la population couverte d'ici 2017. En effet, certaines MS étaient faibles pour prendre en charge efficacement ses bénéficiaires ou étaient même tombées en faillite à cause d'une mauvaise gestion. Pour B.M. (non bénéficiaire de la MS) : « *La question que je me pose, est, est-ce que ça va durer ? Je crains d'adhérer et qu'un jour ce système prend fin, c'est décourageant* ». L'exemple de cet

interlocuteur montre que certaines personnes n'ont pas encore adhéré parce qu'elles sont peut-être dans l'attente de voir comment vont se dérouler les choses et que leur pessimisme n'a pas encore été levé. Ainsi, pour booster l'adhésion à la MS, certaines populations ont besoin d'être mises en confiance d'où l'importance encore de renforcer la sensibilisation.

CONCLUSION GÉNÉRALE :

La santé étant un phénomène social complexe dans la mesure où elle comporte plusieurs aspects et relève de beaucoup de facteurs, aborder des questions qui l'impliquent notamment celles ayant trait à la mutualité nécessite qu'on s'y penche avec soin. Le cadre théorique nous a permis à cet effet de faire le point sur les problématiques possibles, et de retenir notre propre problématique. À travers la revue de littérature aussi diversifiée que possible qui touche la santé de manière générale, et spécifiquement les MS, autant dire qu'avec le travail exploratoire, notre perspective d'analyse a été pour ainsi dire élargie. Ceci nous a permis de construire notre modèle d'analyse et de nous fixer des objectifs raisonnables à atteindre.

Sous l'impulsion de la CMU, le système de mutualité a connu un élan considérable dans l'offre des prestations de services aux usagers. Dans cette étude, il est question d'appréhender la contribution de la MS de la commune de Ziguinchor dans la prise en charge de l'état de santé des populations et les facteurs qui sous-tendent et influent sur la pratique de la mutualité ; dans un contexte où l'accès aux soins de santé pose problème pour certaines populations, où la qualité de l'offre de certaines structures sanitaires pose problème et où les perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie influencent la pratique de la mutualité. Face à cette situation, la MS (quoique limitée sous ce rapport) est vue comme un moyen permettant aux populations d'avoir un meilleur accès aux soins de santé de qualité afin d'accroître leur capital sanitaire et par là, de lutter contre la pauvreté facteur d'exclusion aux systèmes de soins. La MS devient alors un lieu stratégique, où émergent des jeux de pouvoirs partant des interactions sociales à différents niveaux.

Pour mieux appréhender notre objet d'étude, nous nous sommes posé cette question qui a servi de fil conducteur à notre recherche : *Les MS comme contribution dans l'amélioration de la prise en charge de l'état de santé des populations et comme appui au système de santé, sont-elles efficaces ?* Pour plus de pragmatisme, cette question a été suivie de trois autres plus spécifiques et plus aptes à déboucher sur des données factuelles plus précises par rapport à notre problématique. Ces questions sont les suivantes : 1) *Quelles sont les stratégies qui s'articulent autour de la prise en charge de l'état de santé des populations, notamment celles ayant trait aux MS ?* 2) *Quelles sont les perceptions et représentations sociales communautaires vis-à-vis des MS, et comment les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie orientent les populations dans la prise en charge de leurs besoins sanitaires ?* 3) *Les MS suscitent-elles de l'engouement vis-à-vis des populations notamment ciblées ?*

S'agissant du cadre d'analyse, nous avons élaboré des hypothèses et avons retenu quelques concepts clés. En guise de réponse hypothétique à la question centrale de cette étude, nous avons formulé l'idée que la mutualité ne suscite pas un intérêt majeur pour les populations ciblées alors que cette initiative constitue une belle opportunité compte tenu de la difficulté qu'ont certaines populations à accéder à des soins de santé de qualité. À cette hypothèse, nous avons conçu trois autres hypothèses spécifiques en faisant le lien suivant : le système de mutualité dans son acception accroît au bénéficiaire le pouvoir de se prendre en charge sur le plan sanitaire face à une occurrence qu'est la maladie. Quoiqu'il constitue une stratégie pour booster l'accès aux soins de santé des populations, ce système est confronté à des barrières telles que celles socioéconomiques et culturelles qui entravent son évolution. En effet, la MS ne constitue pas une priorité pour les populations locales devant la satisfaction des besoins sociaux immédiats ce qui constitue un élément explicatif du faible engouement que suscite le système de mutualité et traduit un manque d'intérêt majeur. Cette réalité confirme notre hypothèse principale. En outre, les perceptions et les représentations sociales de la santé et de la maladie influencent l'orientation dans la prise en charge de l'état de santé des populations et constituent un facteur de motivation ou de démotivation dans la pratique mutualiste. Ainsi, les principaux concepts retenus dans cette étude sont : MS, santé, accessibilité aux soins de santé, stratégie, représentation sociale et perception. Ces concepts ont été construits de telle sorte à pouvoir traduire avec plus d'objectivité la réalité observable et de pouvoir les confronter avec cette réalité.

S'agissant du concept de MS, notre enquête a révélé un certain écart ou un gap entre la définition qu'en ont donnés certains auteurs abordés, et la conception de certains membres de la société par rapport notamment aux notions de prévoyance, d'entraide et de solidarité. Quoique le fait de souscrire à une MS relève en soi d'un acte solidaire, la solidarité comme motif d'adhésion à la MS n'a pas été évoquée par beaucoup de nos interlocuteurs et pour ces derniers, c'est une solidarité à sens unique ou unilatéral. C'est-à-dire, que certaines personnes adhèrent à la MS n'ont pas pour le partage des risques et permettre à d'autres membres de la MS d'en bénéficier, mais pour elles-mêmes (intérêt personnel). Le procédé de choix des membres (« sélection adverse ») de certains bénéficiaires, les plus portants ayant tendance à s'abstenir d'affilier à la MS est un comportement qui sous-tend cela. Par rapport à la notion de prévoyance maladie, notre enquête a fait ressortir qu'il y a des lacunes ou des incompréhensions sur cette notion. Certains de nos interlocuteurs ont une conception diffuse et limitative de la prévoyance maladie, et même, cette dernière n'est pas appréhendée par d'autres comme un acte préventif

ou du moins n'est pas évoquée comme tel. Non pas que la prévoyance maladie en soi pose problème, mais que la MS est surtout vue comme une chose qui intervient pour réparer les conséquences d'une occurrence (la maladie) survenue. Il y a donc cette tendance à vouloir dissocier ou à déconnecter la notion de prévoyance d'une part, et d'autre part, de réparation des conséquences qu'offre la MS en cas de survenue des risques assurés. Toutefois, avec l'implication de l'État et la définition du paquet de soins de santé qu'offre la MS dans le cadre de la CMU, peut-on vraiment parler dans le contexte actuel de principe d'indépendance de la MS ou si ce principe n'est pas à relativiser.

Quant au concept de santé, il a évolué au fil des années. Quoique la définition qu'en donne l'OMS fasse apparemment autorité, la conception de la santé est divergente et sa perception diffère d'une personne à une autre. La santé est principalement perçue par nos interlocuteurs comme une absence de troubles ou de souffrances psycho-physiologiques. Autrement dit que la conception organiciste et anatomique de la santé est répandue dans notre zone d'étude. Même la définition retenue par l'OMS en 1948 n'a pas été épargnée des critiques de la part de certains auteurs. En outre, par rapport à la définition retenue par Denis-Clair LAMBERT (2001) où la bonne santé est perçue comme la capacité d'assumer à temps les troubles du corps notamment par le recours à un professionnel qualifié de santé tout en cherchant à les prévenir, certaines populations bénéficiaires ou non de la MS parviennent difficilement à assumer correctement leurs besoins sanitaires et même leur capacité de résilience est rudement mise à l'épreuve. Si MS et santé sont deux concepts étroitement liés dans la mesure où la MS facilite la prise en charge de l'état de santé par l'accès aux soins de santé supposés être de qualité et à moindre coût en anticipant sur leur paiement de soins, la MS ne constitue guère une priorité de la part de nos interlocuteurs et l'adhésion à la MS comme moyen de prévoyance maladie pose problème. Et la santé elle-même ne constitue pas une priorité pour d'autres personnes devant la satisfaction de certains besoins sociaux perçus comme étant plus urgents à combler.

Dans un contexte où le principal frein dans l'accès aux soins de santé observé est celui socio-économique surtout avec la transition épidémiologique où on observe une évolution des pathologies chroniques et dégénératives donc très coûteuses, la MS a permis de lever certaines contraintes dans l'accès aux soins notamment : du point de vue socio-économique en réduisant le coût des soins ; du point de vue physique ou géographique en facilitant l'évacuation vers les structures sanitaires de référence grâce au paquet de prestations de services offert ; du point de vue institutionnel, elle permet une meilleure prise en charge de ses bénéficiaires dans les

structures sanitaires en s'appuyant sur différents leviers dont celui financier, contractuel et celui de porte-parole compétent des usagers dans les débats et enjeux de politique de santé ; du point de vue cognitive, elle offre plus de stabilité ou de tranquillité d'esprit en réduisant les tracasseries que peut susciter l'accès aux soins de santé comme nous l'ont fait part certains de nos interlocuteurs. Toutefois, la contribution de la MS dans l'accès aux soins de santé de qualité comporte des limites compte tenu du fait que certains produits ou médicaments sont exclus du paquet de prestations de services offert. Le taux d'enrôlement de la MS étant encore faible par rapport à la population de la commune de Ziguinchor, les leviers dont dispose la MS restent limiter. C'est donc dire que, quoique la MS constitue une opportunité pour une meilleure prise en charge sanitaire des populations dans la mesure où les non bénéficiaires de la MS expriment plus de difficultés à accéder aux soins de santé, certaines personnes éprouvent toujours du mal à bénéficier des soins de santé de qualité qu'elles soient ou non bénéficiaires de la MS.

Le système de mutualité est perçu positivement par nos interlocuteurs. Toutefois, certaines modalités du fonctionnement de la MS sont perçues négativement car constituent une contrainte. C'est le cas de la non-prise en charge des médicaments des pathologies chroniques alors que ce sont des maladies coûteuses, le bénévolat des administrateurs de la MS qui peut être source de démotivation, donc affecter négativement sur la qualité des prestations de services dispensées aux usagers, l'observation de la « période d'observation » d'un mois pour les bénéficiaires ayant opté pour la cotisation annuelle avant de pouvoir prétendre bénéficier de la couverture qu'offre la MS alors que la maladie peut surgir durant cette période et le respect de la pyramide sanitaire pour pouvoir être pris en charge au niveau de l'hôpital régional sous la présentation du bulletin de référence.

Les représentations sociales en tant que forme de connaissance socialement façonnée et distribuée au sein d'une communauté, participent à la « construction d'une réalité commune à un ensemble social » et comme « systèmes d'interprétation » guident et coordonnent les comportements ou les actions. Ainsi, selon l'imaginaire qu'ont certaines personnes de la maladie, cette dernière est représentée comme une chose ayant une cause surnaturelle ou naturelle, environnementale, socio-économique ou ayant des facteurs comportementaux. Ces représentations sociales et les expériences vécues qu'elles soient personnelles ou qu'elles relèvent de l'entourage influent sur le recours aux soins de santé et prédisposent au pluralisme médical. Quoique la médecine moderne soit la plus estimée par nos interlocuteurs, celle traditionnelle intervient notamment en cas d'échec ou de limite de la médecine traditionnelle.

Pour accroître son bien-être social et maximiser son capital-santé, l'acteur social élabore des stratégies. Parmi ces stratégies, nous avons noté l'adhésion à une MS et pour cela il a fallu à certains de s'en passer sur d'autres besoins sociaux ou de compter sur les solidarités sociales. La « sélection adverse » quoiqu'allant à l'encontre de l'esprit de la MS constitue en soi une stratégie compte tenu de la limitation des ressources économiques puisque les personnes susceptibles d'être malades parce qu'étant plus fragiles ou plus portées à la maladie affilient d'abord à la MS et ensuite suivent les autres progressivement. Face à cette stratégie, le système de mutualité a élaboré des contre-stratégies. Ces différents concepts nous ont permis de mieux appréhender notre objet d'étude avec plus d'objectivité.

Tout comme les concepts, la méthodologie sur laquelle s'est appuyée cette étude quoiqu'ayant des limites est d'un apport capital. Le travail exploratoire nous a permis d'avoir une vue d'ensemble ainsi qu'une meilleure compréhension de notre objet d'étude ce qui nous a permis de ratisser large et de délimiter notre étude. L'approche qualitative dans une optique de triangulation de méthodes qui a servi de collecte de données nous a permis d'approfondir certains aspects de la MS qu'une enquête quantitative aurait certainement eue du mal à faire ressortir. Toutefois, le non-recours à l'approche quantitative constitue certainement la principale limite de cette étude. Les données recueillies ont été traitées grâce aux analyses relevant de l'approche qualitative ce qui nous a permis d'exposer les résultats obtenus sur le terrain. Dans les faits, toutes nos hypothèses ont été confirmées. Les résultats attendus par hypothèses corroborent avec ceux observés sur le terrain. Toutefois, il faut rappeler que la MS est peu et des fois tout à fait méconnue de certaines personnes. Il nous a fallu donc pour ces dernières les expliquer des modalités de fonctionnement de ce système ou compléter leur connaissance sur ce sujet au cours de nos entretiens, ce qui a constitué aussi une limite dans la mesure où certains de nos interlocuteurs ne pouvaient pas aller loin dans leur intervention donc tenait un discours rudimentaire et leur appréciation du processus de la mutualité risque d'être biaisée.

Dans notre revue de littérature, nous avons retenu parmi les facteurs qui favorisent l'adhésion à une MS (en tout cas les plus évoqués) : la capacité des ménages à honorer leurs frais d'adhésion ainsi que leur cotisation, la confiance aux administrateurs des MS et la qualité des soins de santé dans les structures sanitaires. Toutefois, notre étude a mis en évidence le caractère non prioritaire de la MS par rapport aux autres besoins sociaux et même que la santé ne constitue pas une priorité pour certaines personnes ou du moins ne le devient quand la maladie surgit et des fois est à un stade avancé. Pour d'autres, la santé reste un idéal sans pour

autant se donner les moyens de la préserver ou de maximiser ce capital. Notre étude a permis également de relativiser la capacité contributive des ménages comme facteur d'adhésion ou non à la MS puisque pour certaines personnes, il s'agit d'un manque de connaissances, mais pour d'autres, d'un manque de volonté ou de désintérêt compte tenu du caractère non prioritaire de la MS. S'agissant, du manque de confiance, il faut intégrer à l'état actuel des choses l'aspect politico-économique avec le retard du remboursement de l'État dans le cadre des politiques de gratuité. En effet, avec l'implication du politique, certains de nos interlocuteurs ont émis des réticences ou des doutes quant à la pérennité du soutien de l'État. Il conviendrait donc dans le cadre d'éventuelles études, d'approfondir l'impact de l'implication du politique dans le processus de la mutualité. En outre, il serait également intéressant d'approfondir l'analyse sur les perceptions et les représentations des populations vis-à-vis de la mutualité notamment en élargissant l'étude à toute la région de Ziguinchor.

Avec la CMU, les MS occupent une place considérable dans le système de santé et cette politique a permis aux MS d'étendre l'offre de leur paquet de services aux usagers. Toutefois, l'exposé des leviers de la MS identifiés par CRIEL Bart, BLAISE Pierre et FERETTE Daniel (2006) et leur confrontation sur le terrain d'étude a été enrichissant dans cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

- ✓ AKOUN, A., ANSART, P., (dir.), (1999), *Dictionnaire de sociologie*. Paris, Le Robert/Seuil.
- ✓ ALPE, Y., BEITONE, A., DOLLO, C., et al., (2007), *Lexique de sociologie*. 2^{ème} édition, Paris, Dalloz.
- ✓ AMAT-ROZE, J.-M., (2000), « *Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque* ». In : GRUÉNAIS, M-E., POURTIER, R., (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, La documentation Française, p. 24-35.
- ✓ ATCHADÉ, F., (2013), *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*. Paris, Harmattan.
- ✓ BA, M., (2004), *Stratégie d'auto-protection sociale en milieu urbain : l'exemple de la mutuelle de santé « wér-werlé »*. Mémoire de maîtrise, UCAD.
- ✓ BAHRY, A., (2000), « Sur la définition de la pauvreté ». In : ISIUGO-ABANIHE, U., NGWE, E., (éd.), *Population et pauvreté en Afrique*. Etude sur la population africaine - Supplément A du vol.19, UEPA, Dakar, p. 1-11.
- ✓ BECKER, C., DIAKHATÉ, M., FALL, A., (2008), « Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? ». In : DAFFÉ, G., DIAGNE, A. (éds), *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance*. Paris, Karthala, p. 81-107.
- ✓ BIT, (2000), *La micro-assurance santé en Afrique. Guide d'introduction à la mutuelle de santé*. BIT/STEP Afrique, Dakar, Sénégal.
- ✓ BRICHET, M., (2007), *Introduction à la sociologie : Des pères fondateurs aux sociologies contemporaines*. Paris, Ellipses.
- ✓ CAMPENHOUDT, L. V., QUIVY, R., (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition, Paris, Dunod.
- ✓ CRIEL, B., BLAISE, P., FERETTE, D., (2006), « Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique ». In : DUSSAULT, G., FOURNIER, P., LETOURMY, A., (éd.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale 1818 H Street, N.W. Washington, p. 353-372.
- ✓ D'INTIGNANO, B. M., (2001), *Économie de la santé*. Paris, PUF, p. 26-51, 295-324.

- ✓ DIOP, M.-C., (2001), *Les politiques sociales en Afrique de l'Ouest : Quels changements depuis le sommet de Copenhague ? Synthèse des études de cas (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal)*. Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, Politique sociale et développement, Document du programme no. 5.
- ✓ DIOUF, B., (2005), *Mutuelles de santé et accès aux soins et services en santé de la reproduction. Etude menée à Thiès*. Mémoire de DEA, UCAD.
- ✓ EDEJER, T. T.-T., (2001), « Santé, pauvreté et équité : état de la question au début du XXI^e siècle ». In : NEUFELD, V., JOHNSON, N., (dir.), *Une santé branchée sur la recherche. Perspectives du conseil de la recherche en santé pour le développement*. Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, Canada, p. 33-51.
- ✓ ETIENNE, C., ASAMOA-BAAH, A., (dir.), (2010), *Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle*. OMS, Rapport sur la santé dans le monde.
- ✓ FALL, A. S., NDOYE, T., (2008), « La demande de soins et l'accès aux services de santé dans les régions centrales du Sénégal ». In : DAFFÉ G., DIAGNE A., (éds), *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance*. Paris, Karthala, p. 109-126.
- ✓ FOUURIAT, M., (2011), « L'analyse stratégique ». In : *Sociologie des organisations*. 3^{ème} édition, Paris, Pearson Education France, p. 141-195.
- ✓ GRAWITZ, M., (2004), *Lexique des sciences sociales*. 8^{ème} édition, Paris, Dalloz.
- ✓ GRUÉNAIS, M.-E., POURTIER, R., (2000), « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? ». In : GRUÉNAIS, M.-E., POURTIER, R., (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, Paris, La documentation Française, p. 3-12.
- ✓ HADDAD, S., MORESTIN, F., (2006), « La contribution de l'assurance aux politiques de lutte contre la pauvreté ». In : DUSSAULT G., FOURNIER P., LETOURMY A., (éd.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale 1818 H Street, N.W. Washington, p. 401-430.
- ✓ HUGON, P., (2007), « Les questions sociales ». In : *Géopolitique de l'Afrique*. Paris, Armand Colin, Éditions Sedes, p.172-188.

- ✓ KESSLER, F., (2000), *Droit de la protection sociale*. DALLOZ, Paris, p. 1-35, 50-63, 120-148, 165-197, 418-427.
- ✓ KONAN, K. M., (2009), *Analyse de la performance des mutuelles de santé communautaires du département de GUEDEAWAYE membres de l'union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD)*. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'études supérieur spécialisées en économie de la santé 11^{ème} promotion, CESAG.
- ✓ KOUAKOU, K. E., (2011), *Analyse des facteurs déterminants l'adhésion des populations aux mutuelles de santé (MS) communautaires : cas de cinq (5) MS encadrées par World Vision Sénégal dans le département de Kaffrine*. Mémoire de fin d'étude, 8^{ème} Promotion d'Economie de la Santé, ISMS/CESAG.
- ✓ KUEPIE, M., (2000) « Revenu du chef de ménage et stratégies de survie des ménages pauvres : une comparaison Dakar/Bamako ». In : ISIUGO-ABANIHE, U., NGWE, E., (éd.), *Population et pauvreté en Afrique*. Etude sur la population africaine - Supplément A du vol.19, UEPA, Dakar, p. 85-111.
- ✓ LAMBERT, D.-C., (2001) « Les interactions entre santé et développement ». In : *La santé, clé du développement économique. Europe de l'Est et du Tiers Mondes*. Paris, Harmattan, p. 13-72.
- ✓ Le Grand Robert, (2005), *Grand Robert de la langue française*. SEJER, Version électronique 2.0, Le CD-ROM du grand Robert.
- ✓ LERBERGHE, W. V., BROUWERE, V. (de), (2000), « *Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne* ». In : GRUÉNAIS, M.-E., POURTIER, R., (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, La documentation Française, p. 175-190.
- ✓ LETOURMY, A., (2000), « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement ». In : GRUÉNAIS, M.-E., POURTIER, R., (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juillet-septembre, La documentation Française, p. 230-249.
- ✓ LETOURMY, A., (2006), « Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone ». In : DUSSAULT, G., FOURNIER, P., LETOURMY, A., (éd.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale 1818 H Street, N.W. Washington, p. 13-51.

- ✓ Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique, (2010), *Service National de l'Information Sanitaire* (SNIS). Annuaire statistique, République du Sénégal.
- ✓ N'DIAYE, P., (2006), « Le développement des mutuelles de santé en Afrique ». In : DUSSAULT, G., FOURNIER, P., LETOURMY, A., (éd.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale 1818 H Street, N.W. Washington, p. 311-330.
- ✓ NDIAYE, E. H. M., (2010), « Demande et justice sociales ». In : *L'économie sénégalaise. Enjeux et problématiques*. Dakar, Harmattan, p. 89-104.
- ✓ NDIONE, L., KONTE, S., (coord.), (2013), *La sécurité sociale au Sénégal*. 2^{ème} Edition, FRIEDRICH EBERT STIFTUNG, Dakar, Sénégal.
- ✓ NOIRHOMME, M., THOMÉ, J.-M., (2006), « Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ». In : DUSSAULT, G., FOURNIER, P., LETOURMY, A., (éd.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale 1818 H Street, N.W. Washington, p. 431-452.
- ✓ OMS, (2000), *Pour un système de santé plus performant*. Rapport sur la santé dans le monde.
- ✓ PAUGAM, S., (2008), *La pratique de la sociologie*. Paris, Presses Universitaire de France.
- ✓ Région de Ziguinchor, (2016), *Règlement intérieur*. Mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor. La couverture maladie universelle pour des soins de santé de qualité à moindre coût.
- ✓ Région de Ziguinchor, (2016), *Statuts*. Mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor. La couverture maladie universelle pour des soins de santé de qualité à moindre coût.
- ✓ RIDDE, V., (2012), *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal, p. 47-67, 87-128, 223-234, 305-314.
- ✓ SALL, M., (2008), « L'accès aux services de santé et les conditions de vie des sénégalais ». In : DAFFÉ, G., DIAGNE, A., (éds), *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance*. Paris, Karthala, p. 129-143.

- ✓ SARR, H. M. A., (2007), *Analyse socio-anthropologique de l'influence des représentations populaires et des motivations sur la pratique mutualiste sanitaire au Sénégal. Cas de l'APSCG et de « SOPPANTE » dans le département de Tambacounda et Thiès*. Mémoire de DEA, UGB.
- ✓ SAVARESE, É., (2006), *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Ellipses.
- ✓ SYLLA T., Ndèye A., (2002), *Contribution des Mutuelles à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé pour les femmes pauvres en milieu urbain sénégalais : Cas de la mutuelle de santé Wër Wërlé du PROFEMU (Programme des femmes en milieu urbain dakarois)*. Mémoire de maîtrise, UGB.
- ✓ USAID, (2015), *Mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor*.
- ✓ WANE, F., (2006), *Développement des mutuelles de santé sur l'accès aux soins sanitaires au Sénégal*. UGB. [Mémoire de DEA].
- ✓ YAPI, G. S., (2005), *Etude d'évaluation de la situation actuelle des institutions prévoyance maladie (IPM) et des mutuelles de santé dans une perspective d'extension de la couverture maladie au Sénégal*. Institut supérieure de santé, Diplôme d'études supérieures spécialisées en économie de la santé 6^{ème} promotion, CESAG.

Sites internet consultés

- ✓ AKAZILI, J., SOULARY, C., (2014), *Un défis pour les pays du Sud*. Supplément : la couverture santé, un combat universel. [En ligne, disponible dans Le monde diplomatique : <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>, (consulté le 11 décembre 2014)].
- ✓ ANSD, (2013), *Rapport définitif*. RGPHAE, République du Sénégal. [En ligne, disponible sur Google Scholar : <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport-definitif-RGPHAE2013.pdf>, (Consulté le 16 avril 2015)].
- ✓ ANSD, (2013), *Situation économique et sociale régionale 2013*. Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Ziguinchor, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, République du Sénégal. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES-Ziguinchor-2013.pdf>, (Consulté le 29 février 2016)].
- ✓ AYÉNA, F. K., (2012), *AFRIQUE COMPARABLE ? Santé publique et sécurité globale au Bénin*. Université de Toulouse en science politique, p. 1-205, 251-329, 406-432, 456-

- 474, 515-616. [Thèse de doctorat. En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 06 avril 2014)].
- ✓ BAUMANN, E., (2010), *Protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal*. Note n° 56 - Fondation Jean-Jaurès - 9 juin 2010. [En ligne, disponible sur Google Scholar : http://scholar.google.fr/scholar?start=10&q=La+couverture+maladie+universelle+au+S%C3%A9n%C3%A9gal&hl=fr&as_sdt=0,5, (Consulté le 13 décembre 14)].
 - ✓ BENOIST, J., (2008), *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*. Volume 2, p. 41-49. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 08 février 2016)].
 - ✓ BOIDIN, B., (2012), « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise ». In : *Économie publique/Public economics*, Institut d'économie publique (IDEP). [En ligne, disponible sur Google : <http://economiepublique.revues.org>, (Consulté le 11 décembre 2013)].
 - ✓ CICODEV, (2015), *La Couverture Maladie Universelle ! CMU*. Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement. Document d'information. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.cicodev.org/cloud/Document-information-CMU.pdf>, (Consulté le 24 novembre 2016)].
 - ✓ Dakaractu, (2013), *Communiqué de la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN)*. [En ligne, texte disponible sur Google : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lf18HD7z-mgJ:www.dakaractu.com/Communique-de-la-Delegation-Generale-a-la-Protection-Sociale-et-a-la-Solidarite-Nationale_a52097.html+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=sn, (Consulté le 29 mai 2016)].
 - ✓ DANTIER, B., (2007), « Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales : Denise Jodelet, *Les représentations sociales* ». Extrait de : Denise Jodelet, *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1994 (pp. 36-57). [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 15 avril 2014)].
 - ✓ DIONE, I., (2013), *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. Géographie, Université d'Angers. [Thèse de Doctorat. En ligne, disponible sur Google Scholar : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00945314/document>, (Consulté le 13 mars 2015)].

- ✓ DIOP, A., (2008), *La campagne de OIT pour constituer une couverture universelle de sécurité sociale*. N°2/2008, FRIEDRICH EBERT STIFTUNG, BIT. [En ligne, disponible sur Googlescholar : http://fes-sn.org/IMG/pdf/FES_KB_02_Diop_F_Web.pdf, (consulté le 15 décembre 2014)].
- ✓ DIOUF, I., DEME, A., RODRIGUEZ FONSECA, B., et al., (2015), *Détermination des paramètres du paludisme au Sénégal à partir des données météorologiques de stations et de réanalyses*. XXVIII^e Colloque de l'Association Internationale de Climatologie, Liège. [En ligne, disponible sur Google : http://www.climato.be/aic/colloques/actes/ACTES_AIC2015/2%20Climatologie%20appliquee/021-DIOUF_I-133-139.pdf, (Consulté le 23 novembre 2016)].
- ✓ DSRP, (2006), *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010-II*. République du Sénégal. [En ligne, texte disponible sur Google : http://www.gouv.sn/IMG/pdf/DSRP_II.pdf, (Consulté le 16 mars 2015)].
- ✓ DSRP, (2013), *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté – Note consultative conjointe*. International Monetary Fund, Rapport du FMI N° 13/195f. [En ligne, texte disponible sur Google : <https://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2013/cr13195f.pdf>, (Consulté le 30 mai 2016)].
- ✓ FASSIN, D., (2000), « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé ». In : La revue *Anthropologie et sociétés*. 24, 1, Québec : département d'anthropologie, Université Laval, p. 95-116. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 18 avril 2014)].
- ✓ FAYE, S. L., (2009), « Du *sumaan ndiig* au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal) ». In : *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 27, n°4, p. 91-112. [En ligne, disponible dans Persée, (consulté le 05 février 2016)].
- ✓ FRINTZ, A., (2014), *Au Sénégal, les femmes en première ligne*. Supplément : la couverture santé, un combat universel. [En ligne, disponible dans Le monde diplomatique : <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/A/50023>, (consulté le 11 décembre 2014)].
- ✓ GOULET, D., THOUÉZ, J.-P., (2004), *Les modèles explicatifs des maladies infectieuses au Canada au XIX^e Siècle*. *Gesnerus* 61 (2004) 5-23. [En ligne, disponible sur Google : http://www.gesnerus.ch/fileadmin/media/pdf/2004_1-2/005-023_Goulet.pdf, (Consulté le 14 novembre 2016)].

- ✓ Groupe Banque Mondiale, (2015), *La Banque mondiale aide le Sénégal à renforcer ses filets sociaux*. [En ligne, texte disponible sur Google : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2015/02/19/world-bank-helps-senegal-strengthen-social-safety-nets>, (Consulté le 29 mai 2016)].
- ✓ GUEYE, A. K., SECK, P. S., (2009), *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*, Groupe thématique santé, Plate-forme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou au Sénégal, p. 8-9. [En ligne, texte disponible sur Google : [http://www.plateforme-ane.sn/IMG/pdf/Etude de l accessibilite des populations aux soins hospitaliers a u_Senegal.pdf](http://www.plateforme-ane.sn/IMG/pdf/Etude_de_l_accessibilite_des_populations_aux_soins_hospitaliers_a_u_Senegal.pdf), (consulté le 26/11/2015)].
- ✓ HOURS, B., (2006), « Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.). – *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* ». In : *Cahiers d'études africaines*. [En ligne, disponible sur Google : <http://etudesafricaines.revues.org/6000>, (consulté le 18 avril 2014)].
- ✓ HUBER, G., HOHMANN, J., REINHARD, K., (2003), *Mutuelles de santé – 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, Controverses et Solutions Proposées*. 4300-Santé, Education, Sécurité Sociale Project Assurance Maladie Sociale, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ). [En ligne, texte disponible sur Google Scholar : <http://www2.gtz.de/dokumente/bib/03-5222.pdf>, (Consulté le 13 mars 2015)].
- ✓ JAFFRÉ, Y., (2006), « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement ». In : *La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique*. Paris : Académie des sciences, Rapport sur la science et la technologie, N° 24, p. 101-115. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 24 juin 2014)].
- ✓ JODELET, D., (2006), « Culture et pratiques de santé ». In : *Nouvelle Revue de Psychologie*. No 1, p. 219-239. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 14 avril 2014)].
- ✓ LE QUEAU, P., SIMON, M.-O., OLM, C., (2001), *L'information en matière de santé*. HCSP-CREDOC. [En ligne, disponible sur Google : http://www.credoc.fr/pdf.php?param=pdf/Sou/information_sante, (Consulté le 13 mars 2015)].

- ✓ Le Soleil, (2014), *Sénégal : Bourse de sécurité familiale – L'Etat veut atteindre 200.000 familles*. [En ligne, texte disponible sur Google : http://www.lejecos.com/Senegal-Bourse-de-securite-familiale-L-Etat-veut-atteindre-200-000-familles_a2984.html, (Consulté le 30 mai 2016)].
- ✓ MANNAERTS, D., (2011), *Glossaire. Cultures et Santé*. D/2012/4825/11, EP 2011. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.sante.dz/Dossiers/direction-prevention/tuber-glossaire.PDF>, (Consulté le 16 juillet 2014)].
- ✓ MASSÉ, R., (2001), « *La santé publique comme projet politique et projet individuel* ». In : HOURS, B., (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, les éditions Karthala, Collection : Médecine du monde, p. 41-66. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 15 avril 2014)].
- ✓ Ministère de la Santé, (2004), *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal*. République du Sénégal. [Disponible sur Google : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article1003>, (Consulté le 15 mai 2016)].
- ✓ Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention, (2003), *LOI n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé*. République du Sénégal. [Disponible sur Google : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article1003>, (Consulté le 15 mai 2016)].
- ✓ Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique, (2009), *Comptes nationaux de la santé du Sénégal* (CAFSP). [Disponible sur Google Scholar : http://apps.who.int/nha/country/sen/senegal_nha_report_2005_oct_2009.pdf, (Consulté le 16 avril 2015)].
- ✓ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, (2013), *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*. République du Sénégal. [En ligne, disponible sur Google : http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf, (Consulté le 16 mars 2015)].
- ✓ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, (2014), *Cadre stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2014-2018*. Programme national de lutte contre le paludisme, République du Sénégal, p. 5-12. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.undp.org/sn/pdf/Agenda-Post-2015-Senegal-Rapport-Final.pdf>, (Consulté le 16 mars 2015)].
- ✓ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, (2015), *Couverture Maladie Universelle au Sénégal : Etat de mise en œuvre et perspectives*. Premier Forum International sur

- les Innovations en Santé et Développement (FIISDDAK) CICES, Dakar. [En ligne, disponible sur Google : <http://convergencesante.org/wp-content/uploads/2015/02/3E-SESSION-Presentation-CMU-SISDAK-2015.ppt>, (Consulté le 23 novembre 2016)].
- ✓ Ministère de la Santé et de la Prévention, (2009), *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009 – 2018)*. République du Sénégal. [En ligne, texte disponible sur Google : http://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf, (consulté le 26/11/2015)].
 - ✓ Ministère de la Santé et de la Prévention, (2009), *Décret n° 2009-423 du 27 avril 2009 portant application de la loi n° 2003-14 du 14 juin 2003 relative aux mutuelles de santé*. République du Sénégal. [Disponible sur Google : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article7762>, (Consulté le 15 mai 2016)].
 - ✓ NDIAYE, A. I. (Dr.), BÂ, M., NDAO, R. et al., (2013), *L'exclusion sociale et les initiatives de gratuité des soins de santé au Sénégal : Exemple de la prise en charge des personnes âgées par le plan Sésame*. Rapport final, Centre de recherche sur les politiques sociales (CREPOS), Health Inc. [En ligne, disponible sur Google : http://www.healthinc.eu/PDF/CREPOS_Plan_Sesame_Case_Study.pdf, (consulté le 11 décembre 2014)].
 - ✓ OMS, (2002), *Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales*. Rapport du matériel didactique, Darda et N'Djamena, 6-24 octobre 1997, Organisation Mondiale de la Santé pour le compte du Programme spécial de recherche et de développement concernant les maladies tropicales. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.who.int/tdr/publications/documents/rcs-methods.pdf>, (consulté le 24 avril 2015)].
 - ✓ OMS, (2014), *Rapport d'activités 2013*. Bureau de la représentation du Sénégal. [En ligne, disponible sur Google Scholar : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127856/1/Senegal_RapportAnnuel2013.pdf, (Consulté le 13 décembre 2014)].
 - ✓ PAQUET, C., SALIGNON, P., (20014), « Protection Sociale et Couverture Santé Universelle (CSU) : nouveaux défis de l'agenda du développement post 2015 ». In : *Humanitaire*. [En ligne, disponible sur Google : <http://humanitaire.revues.org/2918>, (consulté le 11 décembre 2014)].
 - ✓ PAQUET, G., TELLIER, B., (2003), « Les facteurs sociaux de la santé ». In : LEMIEUX, V., BERGERON, P., BÉGIN, C. et al., *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 65-89.

- [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 31 mars 2014)].
- ✓ PNUD, (2013), *Lancement du Programme National de Bourses de Sécurité Nationale*. [En ligne, texte disponible sur Google : <http://www.sn.undp.org/content/senegal/fr/home/presscenter/speeches/2013/10/04/lan-cement-officiel-du-programme-national-de-bourses-de-s-curit-familiale-.html>, (Consulté le 30 mai 2016)].
 - ✓ POTVIN, L., (2003), *L'Afrique aux mille couleurs*. La Baie, Saguenay. [En ligne, disponible dans "Les Classiques des sciences sociales" (JMT), (consulté le 28 avril 2014)].
 - ✓ PSE, (2014), *Plan Sénégal Emergent*. République du Sénégal. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.gouv.sn/IMG/pdf/PSE.pdf>, (consulté le 19 janvier 2016)].
 - ✓ République du Sénégal, (2009), *Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)/Situation des OMD en 2008 et Orientations stratégiques pour 2015*. Rapport de suivi. [En ligne, disponible sur Google : http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Senegal/Evaluation_des_OMD_au_S%C3%A9n%C3%A9gal_en_2008_version_finale.pdf?download, (consulté le 24 mars 2015)].
 - ✓ République du Sénégal, (2013), *Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales*. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/T-loi-portant-code-general-collectivites-locales.pdf>, (consulté le 19 janvier 2016)].
 - ✓ ROCHE, D., (2007), *Rédiger et soutenir un mémoire avec succès*. Groupe Eyrolles, ISBN : 978-2-212-53927-1, Éditions d'organisation. [En ligne, disponible sur Google : http://www.eyrolles.com/Chapitres/9782212539271/Chap2_Roche.pdf, (Consulté le 05 septembre 2015)].
 - ✓ SCIANCALEPORE, S., (2003), *Santé et développement – Bibliographie thématique n° 8 – AFD/RGS/AGC*. [En ligne, disponible sur Google : <http://www.afd.fr/webdav/shared/PUBLICATIONS/THEMATIQUES/autres-publications/BT/santeetdeveloppt.pdf>, (Consulté le 13 mars 2015)].
 - ✓ SEERY, E., ARENDAR, A. C., (coord.), (2014), *À égalité ! Il est temps de mettre fin aux inégalités extrêmes*. Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78077-723-8. [En ligne, disponible sur Google Scholar

- http://snuaquitaine.fr/medias/2014_10_29_mettre_fin_inegalites_extremes.pdf, (consulté le 15 décembre 2014)].
- ✓ SENGUPTA, A., (2013), *Couverture sanitaire universelle : Par delà la rhétorique*. Occasional Paper No. 20 – NOVEMBRE 2013. Traduction: Mouvement Populaire pour la Santé. Édition et révision: Madeleine Bélanger Dumontier © 2014 Municipal Services Project. Éditeurs de la série: David A. McDonald et Greg Ruiters. [En ligne, disponible sur Googlescholar : http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Couverture_Sanitaire_Universelle_Par_dela_la_rhetorique_Nov2013.pdf, (Consulté le 13 décembre 2014)].
 - ✓ SETHI, R., SECK, K., DICKERSON, A. et al., (2011), *Une étude de cas sur le paludisme pendant la grossesse : Réussites du Sénégal et défis restants pour le programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse*. USAID/MCHIP. [En ligne, texte disponible sur Google : http://www.jhpiego.org/files/MCHIP_Senegal_MIP_Fr.pdf, (consulté le 26/11/2015)].
 - ✓ SISSOKO, F., (2010), *Évaluation du recours aux soins des adhérents et des non adhérents de la garantie santé dans le centre de santé de la MUTEK*. Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique, Faculté de médecine, de pharmacie et d'onto-stomatologie. République du Mali. [Thèse de doctorat. En ligne, disponible sur Googlescholar : <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M606.pdf>, (Consulté le 13 mars 2015)].
 - ✓ TAÏEB, O., HEIDENREICH, F., BAUBET, T. et al., (2005), *Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle*. Médecine et maladies infectieuses 35 (2005) 173–185. [En ligne, texte disponible sur Google : http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/MMI_2005.pdf, (Consulté le 30 mai 2015)].
 - ✓ THIAM, C., (2015), *3^e phase du programme des bourses de sécurité familiale*. [En ligne, texte disponible sur Google : <http://www.enqueteplus.com/content/3e-phase-du-programme-des-bourses-de-securite-familiale-200-000-m%C3%A9nages-pour-une-enveloppe>, (Consulté le 30 mai 2016)].
 - ✓ TUBIANA, L., (2014), *Un enjeux de développement durable*. Supplément : la couverture santé, un combat universel. [En ligne, disponible dans Le monde

diplomatie : <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/TUBIANA/50024>,
(consulté le 11 décembre 2014)].

ANNEXES

GUIDES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien destiné aux administrateurs de la MS, les promoteurs, les partenaires techniques et les autres acteurs impliqués dans le processus de la mutualité de santé

I. Présentation de l'interlocuteur et parcours socioprofessionnel

Quelle est votre profession ?

Quel poste occupez-vous ?

Quel est votre niveau d'instruction ainsi que votre trajectoire socio-professionnelle ?

Quelles sont les motivations de l'exercice de votre fonction ?

II. Présentation de la structure

Rôle dans la mutualité de santé

Pouvez-vous nous parler du processus de la mise en place de la MS communale ?

Quels sont les organes de la MS et comment fonctionne-t-elle ?

Quels sont les objectifs fixés dans le cadre de la MS ?

Quelle est la zone d'intervention de votre structure ? Est-ce que la mutuelle n'accepte que des populations de sa zone théorique de couverture. Sinon, est-ce que des populations d'autres zones peuvent adhérer ? Pouvez-vous nous dresser une effective de recrutement des affiliés ?

III. Mutuelle de santé et prise en charge de l'état de santé des populations

Quelles sont les conditions à remplir pour bénéficier de la MS ? Quel est le paquet de prestations offertes ainsi que la contrepartie financière ?

Comment sont pris en charge les bénéficiaires de la MS par les structures sanitaires et les officines conventionnées et quelle est votre appréciation de cette prise en charge ?

La MS a-t-elle un moyen d'action sur les structures sanitaires conventionnées notamment sur les prestations offertes à ses bénéficiaires ? Octroie-t-elle un contre-pouvoir à ses bénéficiaires vis-à-vis des prestataires de soins ? Constitue-t-elle un porte-parole compétent de ses usagers dans les débats et enjeux de politique de santé ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour une meilleure satisfaction des besoins socio-sanitaires des bénéficiaires de la MS et booster l'adhésion à la MS ?

Pouvez-vous nous parler des initiatives d'enrôlement dans la MS ?

Quel est le contexte ou dispositions qui ont favorisé la mise en place de la mutualité de santé ?

Pouvez-vous nous faire part de la cartographie des MS ?

IV. Perceptions et représentations sociales autour des MS

Quelle est votre appréciation des prestations de service offertes aux bénéficiaires ainsi que la participation des bénéficiaires à la vie de la MS ?

La MS constitue-t-elle une priorité pour les populations par rapport aux autres besoins sociaux ?

Quelle appréciation faites-vous de l'évolution de la mutualité de santé dans le cadre de la CMU ?

La MS constitue-t-elle une belle opportunité dans l'accès aux soins de santé supposés être de qualité ? Répond-elle aux besoins socio-sanitaires des populations ?

V. Collaboration et Partenariat dans le cadre de la mutualité de santé

Quels sont les acteurs qui interviennent dans le cadre de la mutualité de santé ?

Quel est leur rôle, la nature de leur appui, leur mode et leur domaine d'intervention ?

VI. Contraintes et recommandations

Quelles sont les barrières à la mutualité de santé que vous avez observées ?

Quels obstacles ou contraintes internes et/ou externes à la structure rencontrez-vous pour dispenser un service de qualité aux usagers ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour faire face aux problèmes rencontrés ?

Quelles suggestions et recommandations préconisez-vous pour une meilleure prise en charge des besoins sanitaires des populations ?

Quelles sont vos perspectives ?

Guide d'entretien destiné aux bénéficiaires et non bénéficiaires de la MS

I. Présentation de l'interlocuteur

Avez-vous une MS ? Oui ou non.

Quel est votre âge ?

Vous êtes de quelle religion ?

Quelle est votre situation matrimoniale ?

Combien d'enfants et/ou de personnes en charge avez-vous ?

Quel est le lieu de votre résidence ?

Quel type d'étude avez-vous bénéficié et quel est votre niveau d'étude ?

Quel est votre type d'activité professionnelle et principale source de revenus (du conjoint aussi si personne mariée) ?

Quels sont les besoins sociaux que vous percevez comme étant une priorité ?

Parmi les besoins sociaux suivants : logement, travail, scolarité, santé, nourriture, mutuelle de santé et cérémonie, quels sont vos priorités dans l'ordre ?

Quels sont les besoins sociaux qui vous occasionnent plus de dépenses ? Quelle importance accordez-vous aux dépenses de santé par rapport aux dépenses des autres besoins sociaux ?

Comment trouvez-vous votre revenu par rapport à la satisfaction des besoins sociaux fondamentaux personnels ou des personnes en charge ?

II. Mutuelle de santé et prise en charge de l'état de santé des populations

Quelle est votre contribution pour bénéficier des prestations de service de la MS ? Comment évaluez-vous le coût de ces prestations ? Ce coût est-il à votre portée ou à celle des populations ?

Quelles sont les raisons de votre adhésion ou pas à la MS ?

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de la MS ?

Combien de membres de la famille sont couverts par la MS et sur quelle base s'est fait le choix des personnes bénéficiaires ?

Au moment de votre adhésion à la MS, étiez-vous confronté à des ennuis de santé ?

Comment évaluez-vous votre capacité à payer les soins de santé de vos propres poches ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour bénéficier des prestations de service de la MS ?

Quelles sont vos relations avec les administrateurs de la MS et participez-vous à la vie de la MS ?

Vous arrive-t-il de vous consulter en dehors de la MS ? Si oui, quelles sont les raisons et la fréquence ?

Le carnet de mutualiste vous confère-t-il plus de droits à faire des réclamations pour bénéficier des soins de santé supposés être de qualité dans les structures conventionnées que n'ont pas les non mutualistes ?

Selon vous, pourquoi les gens adhèrent ou pas à la MS ?

III. Perceptions et représentations sociales autour des MS

Quelle est votre perception de la santé et de la maladie ? Comment percevez-vous votre état de santé, aussi, quand et comment lutter contre la maladie ?

Quelles sont les raisons d'être de la MS et les populations ciblées ?

Quelle est votre appréciation du fonctionnement de la MS ainsi que du paquet de prestations de soins de santé offertes ? La MS répond-elle à vos besoins socio-sanitaires ?

Comment trouvez-vous la qualité des soins de santé dans les structures sanitaires notamment celles conventionnées avec la MS ?

En cas de consultation médicale, quelles sont les raisons du choix de la formation sanitaire conventionnée et quelles sont vos relations avec les prestataires de soins ?

Pratiquez-vous le pluralisme médical ? Si oui, quelles sont les raisons à cela et quel est le premier recours thérapeutique en cas de maladie ?

Pratiquez-vous l'automédication ? Si oui ou non, quelles sont les raisons à cette pratique ?

Quelle importance accordez-vous à la prévoyance maladie ?

Est-ce qu'il y a des croyances populaires et/ou des pratiques socioculturelles qui ont influé sur votre adhésion à la MS ou pesé sur votre état de santé dont l'accès aux soins de santé ?

Quelle est la contribution de la MS dans l'accès aux soins de santé ? Pour les mutualistes, faire une comparaison de leur situation avant et après l'adhésion.

IV. Contraintes et recommandations

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de l'état de santé ?

Rencontrez-vous des contraintes à honorer la cotisation annuelle ?

Avez-vous des attentes par rapport à la MS et aux acteurs sanitaires pour une meilleure prise en charge des besoins sanitaires des populations ?

Quelles suggestions préconisez-vous pour une meilleure prise en charge des besoins sanitaires des populations ?

Guide d'entretien destiné aux prestataires de soins de santé :

I. Présentation de l'interlocuteur et identification de la structure

Quelle est votre profession ?

Quel poste occupez-vous ?

Quel est votre trajectoire socio-professionnelle ?

Quel est le type de la structure dans la pyramide sanitaire ? Quelle est son aire théorique d'offre de soins ainsi que son aire effective de recours aux soins ?

Quelle est la zone de couverture de votre structure ?

II. Contribution dans la prise en charge de l'état de santé des populations

Quelle est votre appréciation du niveau de satisfaction des ressources humaines (prestataires de soins) ainsi que du PT de l'offre de service de santé dans votre structure sanitaire ?

Quels sont les motifs de consultation médicales les plus courants que vous avez observés ? Selon vous, entre les soins de santé préventifs et ceux curatifs, lesquels constituent plus de raisons de consultations médicales ? Quelles raisons avancez-vous à cela ?

Quel est le paquet de soins offert aux mutualistes conformément à la convention signée avec la MS ?

Selon vous, y a-t-il une expansion de nouvelles maladies telles que celles chroniques et dégénératives (diabète, hypertension, accident cardio-vasculaire, cancer, insuffisance rénale, etc.) ? Votre structure répond-elle aux besoins sanitaires des populations ?

Quelles sont les contraintes que rencontrent les populations dans la prise en charge de leur état de santé, notamment par rapport aux maladies chroniques avez-vous identifié ?

Comment sont pris en charge les bénéficiaires de la MS au niveau de votre structure sanitaire ?

La convention signée avec la MS répond-elle aux besoins sanitaires des populations ?

La MS constitue-t-elle une belle opportunité dans l'accès aux soins de santé supposés être de qualité ?

Quel est le contexte ou dispositions qui ont favorisé la mise en place de la mutualité de santé ?

III. Perceptions et représentations sociales de la santé et de la maladie articulées à la mutualité

Pensez-vous que la santé constitue une priorité pour les populations par rapport aux autres besoins sociaux ?

Selon vous, comment les représentations sociales populaires de la santé et de la maladie déterminent-elles le recours aux soins de santé ?

Pensez-vous que des pratiques socioculturelles ou religieuses (telles que les cérémonies funèbres, rituelles ou culturelles) puissent nuire à l'état de santé des populations ou compromettre leur accès aux soins de santé ? Si oui, pouvez-vous vous expliquer ?

IV. Collaboration et Partenariat dans le cadre de la mutualité de santé

Quelle appréciation faites-vous du respect des termes de la convention de votre structure avec la MS ?

La convention signée avec la MS l'octroie-t-elle un moyen d'action sur les structures sanitaires notamment sur les prestations offertes à ses bénéficiaires ? Octroie-t-elle un contre-pouvoir à ses bénéficiaires vis-à-vis des prestataires de soins ? Constitue-t-elle un porte-parole compétent de ses usagers dans les débats et enjeux de politique de santé ?

Quelle appréciation faites-vous de votre relation avec les administrateurs, les promoteurs et partenaires techniques des MS ?

V. Contraintes et recommandations

Quels obstacles ou contraintes internes et/ou externes à la structure rencontrez-vous pour dispenser un service de qualité aux populations particulièrement mutualistes ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour faire face aux problèmes rencontrés ?

Quelles suggestions et recommandations préconisez-vous pour une meilleure prise en charge de l'état de santé des populations ?

Quelles sont vos perspectives ?

TABLEAUX

Tableau 1 : Principes directeurs de l'initiative de Bamako

1. Un engagement national pour le développement de soins de santé primaires accessibles à tous.
2. Des politiques de médicaments essentiels compatibles avec le développement rationnel des soins de santé primaires.
3. Une décentralisation significative au palier des districts des prises de décision du ministère de la santé.
4. Une gestion décentralisée et sous contrôle communautaire des ressources collectées dans les infrastructures locales.
5. Un financement communautaire des services de santé, le plus souvent sous la forme du paiement des consultations, des traitements et des médicaments, et ce, à tous les niveaux du système de santé.
6. Une contribution financière substantielle des gouvernements aux soins de santé primaires, avec idéalement un accroissement de la part du budget national alloué aux services de santé de base.
7. Des mesures pour assurer que les populations les plus pauvres bénéficient des soins de santé primaires (par exemple des exemptions ou des allocations accordées suivant des critères établis en concertation avec la communauté).
8. Des objectifs intermédiaires clairement définis et un consensus au sujet des indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés.

Source : UNICEF 1995 (italique par l'auteur de la source) (In, RIDDE 2012 : 307).

Tableau 2 : Résultats de l'initiative de Bamako (points essentiels d'une synthèse d'articles publiés de 1995 à 2004 et portant sur l'analyse des résultats de l'initiative de Bamako dans 17 pays africains)

Indicateurs d'efficacité
. Accroissement des taux de vaccination et des activités vaccinales;
. Accroissement des taux d'utilisation;
. Pas de tendance partagée par l'ensemble des pays;
. Faible recouvrement des coûts;
. Amélioration de l'accès géographique avec néanmoins encore certaines ruptures de stock ;
. Faible participation communautaire.
Indicateurs d'équité
. Des disparités d'accès aux centres de santé d'une région à l'autre;
. Utilisation des services de santé moins importante pour les pauvres que pour les autres;
. Absence ou inefficacité des mesures d'exemption;
. Perception de la qualité plus négative par les plus pauvres;
. Absence de participation des plus pauvres et des femmes;
. Tendance à la thésaurisation;
. Prix parfois encore élevés des médicaments et absence de prise en compte des capacités financières.

Source : RIDDE 2012 : 309