

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR



L'Excellence, ma référence

UFR SCIENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE
MASTER POLITIQUES PUBLIQUES CULTURE ET DÉVELOPPEMENT
SPÉCIALITÉ MIGRATION SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT
MÉMOIRE DE MASTER II

Dynamiques sociales autour de la Couverture Maladie Universelle dans l'arrondissement de Niakhar en 2020

Présenté par

Mariama Diédhiou

Sous la direction du

Pr Fatoumata Hane

Composition du jury

Dr Youssouph Tine	Médecin-Commandant	Président du Jury	Région médicale de Ziguinchor
Pr Fatoumata Hane	Maître de conférences CAMES	Directrice	UASZ
Dr Mamadou Aguibou Diallo	Maître-assistant	Membre du jury	UASZ
Dr Bernard Taverne	Anthropologue- Médecin	Membre du jury	CRCF/IRD

Année universitaire : 2020-2021

***Dynamiques sociales autour de la
Couverture Maladie Universelle dans
l'arrondissement de Niakhar en 2020***

MÉMOIRE DE MASTER II

MIGRATION SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

Mariama Diédhiou

Université Assane Seck de Ziguinchor

2020-2021

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à rendre possible la rédaction de ce mémoire. A la famille Diédhiou, Goudiaby et Badiane, pour le soutien moral et financier pendant ces longues années d'études.

Je tiens à remercier chaleureusement le Pr Fatoumata Hane, enseignante chercheuse à l'UASZ qui a bien voulu accepter d'être la directrice de ce mémoire et d'orienter le travail, d'appuyer les démarches administratives malgré son agenda chargé. Merci de m'avoir donné l'occasion de terminer ce master.

Mention spéciale à l'équipe du projet UNISSAHEL (Couverture Santé Universelle au Sahel) du CRCF Fann :

- Dr Khoudia Sow pour vos conseils, orientations et encouragements à persévérer
- Dr Gabrièle Laborde-Balen pour la relecture et les encouragements
- Dr Bernard Taverne, je vous suis très reconnaissante pour le temps passé à lire, à corriger, à orienter la réflexion, pour vos pertinentes remarques d'ordre théorique et méthodologique. Cela n'a pas été facile mais vous étiez toujours là.

Tous les trois vous m'avez inculqué la rigueur dans le domaine de la recherche, merci surtout d'avoir cru en moi et de m'avoir donné l'opportunité de travailler avec vous.

Je tiens à remercier aussi mes collègues du Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en clinique de Fann, particulièrement à Bintou Rassoul Top et à Fatou Diop qui m'ont apporté une aide déterminante en des moments difficiles,

L'équipe sciences sociales du CRCF à savoir Dr Albert Gautier Ndione, Dr Rose André Faye, Mouhamed Diop, Samuel Birama Sy, Mame Yacine Mbodj, Haby Diaby, Khady Seck Ngom, Aminata Niang

Mes collègues de l'UASZ, Halimatou Diallo, Alioune Diagne, Yaya Diallo et Ibrahima Faye pour les démarches administratives, la relecture et les encouragements.

Sans oublier la population des communes de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar Sine, pour leur participation à l'étude, à Mme Aissatou Diouf qui m'a accompagné sur le terrain.

Sommaire

Remerciements	ii
ACRONYMES	v
Résumé	1
Introduction générale	2
Première Partie : cadre théorique et méthodologique	4
Chapitre 1 : cadre théorique	5
Chapitre 2 : cadre méthodologique	37
Deuxième partie : Cadre Analytique	43
Chapitre 3 : Description de la zone d'étude	44
Chapitre 4 : Organisation du dispositif de CMU à Niakhar	49
Chapitre 5 : Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé	61
Chapitre 6 : La prise en charge de la cotisation des adhérents aux mutuelles et catégories de bénéficiaires	71
Chapitre 7 : Analyse sur les adhésions et connaissances des mutuelles de santé communautaire	80
Chapitre 8 : La prise en charge des personnes vulnérables : le programme national de la bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité de chances	104
Chapitre 9 : Représentations sociales des acteurs sur le dispositif de CMU dans l'arrondissement de Niakhar	118
Conclusion	123
Références bibliographiques	126
Webographie	130
Annexes	131

Liste des tableaux

Tableau 1: Bilan de la collecte	41
Tableau 2: effectifs des adhérents/bénéficiaires de mutuelles selon le sexe	76
Tableau 3: rapport entre le nombre de bénéficiaires et la population totale	89
Tableau 4: nombre de bénéficiaire de la BSF enrôlées dans les mutuelles	112

Liste des figures

Figure 1: lieux d'études: arrondissement de Niakhar	44
Figure 2: organisation régionale de la CMU	49
Figure 3: Représentation des différents organes de la mutuelle	61
Figure 4: liste des conventions de la MS de Niakhar	66
Figure 5: liste des conventions de la MS de Patar Sine	68
Figure 6: liste des conventions de la MS de Ngayokhème	69
Figure 7: diagramme représentant le rapport entre la population et le nombre de bénéficiaires par commune	92

ACRONYMES

ACDEV	Action pour le Développement
AFD	Agence Française pour le développement
AG	Assemblée générale
AN CMU	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la démographie
ASC	Agent de Santé Communautaire
BE	Bureau Exécutif
BIT	Bureau Internationale du Travail
BSF	Bourse de Sécurité Familiale
CA	Conseil d'Administration
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
CEC	Carte d'Égalité des Chances
CMU	Couverture Maladie Universelle
CRCF.	Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en charge clinique de Fann
DECAM	Décentralisation de l'Assurance Maladie
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
ICP	Infirmier Chef de Poste
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
MS	Mutuelle de Santé
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PB	Paquets de Base
PC	Paquet Complémentaire
PNBSF	Programme National de la Bourse de Sécurité Familiale
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
UASZ	Université Assane SECK de Ziguinchor
UNISSAHEL	Couverture Santé Universelle au Sahel

Résumé

L'accès à une couverture maladie universelle est devenu une priorité internationale. Il constitue un enjeu pour les pays à ressources limitées. Au Sénégal, en 2012, près de 80% de la population n'avait pas accès à une couverture maladie. Dès lors, la couverture maladie universelle devient un axe important du plan Sénégal émergent. Elle vise à offrir aux personnes les plus démunies une couverture risque maladie. Dès 2013, ce programme est mis en œuvre, avec comme priorité la promotion des mutuelles de santé communautaire. Malgré les efforts consentis, en 2019, le taux de couverture était de 49,3% avec 655 mutuelles de santé fonctionnelles ce qui pose la question de la fonctionnalité du dispositif de couverture maladie au Sénégal. Ainsi, notre recherche, à travers une méthode qualitative, l'observation, l'entretien, auprès des acteurs régionaux, locaux et bénéficiaires s'est intéressée aux obstacles à l'application des initiatives de gratuités (0-5ans, plan sésame) dans les structures sanitaires et les facteurs qui influent l'adhésion et le renouvellement des cotisations des bénéficiaires de mutuelles. Les résultats de cette étude sur les trois dispositifs

- 1) Dans les mutuelles de santé, trois profils de bénéficiaire apparaissent : les femmes enceintes, les personnes à la santé fragile et les personnes âgées ce qui révèle une sélection adverse. Ces bénéficiaires sont enrôlés par une tierce personne (autorités locales, ONG). Aucun contrat ne lie ces organismes aux mutuelles, conséquence le retrait d'un partenaire se traduit par un non renouvellement des cotisations ce qui influence sur le renouvellement des cotisations.
- 2) la gratuité des enfants et le plan sésame sont effectifs mais partiellement appliqués dans les structures de santé enquêtées. Ceci est lié aux retards de remboursement des prestations par l'État.
- 3) la bourse de sécurité familiale est très appréciée par les bénéficiaires. Elle comble les dépenses liées à l'alimentation et la scolarité des enfants. Cependant, les bénéficiaires de la bourse et leur famille ne bénéficient d'un enrôlement et d'une couverture totale dans les mutuelles de santé. Deux motifs sont avancés: une méconnaissance des avantages sociaux liés à la bourse et l'arrêt de la prise en charge des bénéficiaires dans les mutuelles.

Mots clés : Couverture maladie universelle, mutuelle de santé, gratuité enfants 0-5ans, Plan sésame, Bourse de sécurité familiale

Introduction générale

La couverture santé universelle constitue un enjeu pour les pays développés mais aussi pour les pays à ressources limitées. Cependant il faut noter que chaque pays a une trajectoire différente de celle des autres. Au Sénégal, dès les années 1960-1970, l'État a instauré un système d'assurance maladie à travers les Instituts de Prévoyance Maladie pour les travailleurs du secteur privé (IPM), l'Imputation Budgétaire pour les fonctionnaires et la mise en place d'un Institut de Prévoyance Retraite (IPRES). Aussi, l'initiative portant sur la gratuité des accouchements et des césariennes a été lancée en décembre 2004 par le Ministère de la Santé pour être effective à partir du 1er janvier 2005. Elle concerne les accouchements dans les centres de santé et les postes de santé, les césariennes dans les centres de santé à SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence) et dans les hôpitaux à l'exception de Dakar. Cette initiative a, dans un premier temps, été lancée dans cinq régions dont Kolda, Ziguinchor, Fatick, Matam et Tambacounda présentant un niveau élevé de pauvreté. Elle a été étendue aux autres régions à partir de 2006 à l'exception de la région de Dakar qui a bénéficié de la gratuité de la césarienne en 2011.

En 2013, le Sénégal a mis en place une politique de couverture maladie universelle (CMU). Cela constitue une avancée notoire pour permettre à une plus grande partie de la population de bénéficier d'un accès financier aux soins de santé. Ainsi, l'État du Sénégal a adopté une Stratégie Nationale de Protection sociale (SNPS) avec trois objectifs majeurs : 1) renforcer la sécurité sociale des travailleurs et retraités, 2) améliorer les conditions socioéconomiques des groupes vulnérables et étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables à travers la création ou restructuration de mutuelles de santé, 3) renforcer les initiatives de gratuité en faveur des enfants de 0-5 ans et des personnes âgées. Cette stratégie représente le volet n°3 du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP). L'objectif était d'étendre la couverture sanitaire à 75% de la population à l'horizon 2017. Ces dispositifs ont été mis en place ou renforcés sur l'ensemble du territoire. Nous notons trois principales catégories de dispositifs sur lesquels la stratégie repose : les gratuités, les soutiens sociaux liés à la santé et les mutuelles de santé.

Ce mémoire se propose de décrire et d'analyser le dispositif de CMU dans l'arrondissement de Niakhar en identifiant les dynamiques qui se sont installées autour de la mise en place et de

l'applicabilité de la CMU dans cette zone rurale du Sénégal afin d'apporter une contribution à la compréhension du dispositif de couverture santé en zone rurale

Pour cela nous nous sommes posés une question centrale : *quels sont les obstacles à l'application des initiatives de gratuités (0-5 ans, Plan Sésame) dans les structures sanitaires et quels sont les facteurs qui influent sur l'adhésion et le renouvellement des cotisations des bénéficiaires de mutuelles?* De manière spécifique, nous nous interrogeons sur :

- ✓ *les perceptions de la population sur le dispositif de CMU d'une part et sur les facteurs qui bloquent l'adhésion ou le renouvellement des populations aux mutuelles de santé d'autre part*

Ce mémoire sera structuré en deux parties :

La première partie intitulée cadre théorique et méthodologique évoquera les ouvrages et articles ayant abordés les thématiques de la mise en œuvre des initiatives de gratuité et l'instauration des mutuelles de santé au niveau national et international. La revue de la littérature nous a permis de cerner l'objet d'étude en exploitant les articles et ouvrages qui abordent la thématique. Ensuite la problématique a été orientée sur la disponibilité des services dans le cadre de la CMU et les limites auxquelles elles font face. Enfin dans cette partie, nous avons abordé l'approche méthodologique qui regroupe les méthodes et outils utilisés dans le cadre de la recherche.

La deuxième partie s'intéressera d'une part à l'analyse des données sur l'organisation des mutuelles de santé et leur fonctionnement dans l'arrondissement de Niakhar, d'autre part à l'application des initiatives de gratuité (0-5ans, plan sésame) dans les structures de santé, aux programmes de soutiens sociaux (bourse de sécurité familiale et CEC) et à la perception de la population sur le dispositif de couverture maladie universelle à Niakhar.

Première Partie : cadre théorique et méthodologique

Cette partie de notre travail comprend deux sous parties. Le chapitre 1 comprend la problématique, les objectifs, les hypothèses de recherche, la justification du choix de l'étude, la revue de la littérature, la définition des concepts et le modèle théorique. Le chapitre 2 comporte la méthodologie de recherche, le déroulement de l'enquête et les difficultés rencontrées.

Chapitre 1 : cadre théorique

1.1 Problématique

Dans les années 1980, le système de soins des pays africains fait face à un manque de ressource dû à la crise du financement public. De fait, un consensus international sur le paiement direct des soins par les usagers fut adopté par Foiry (1991). Dès lors, les malades font face aux difficultés à payer les coûts des soins et des transports pour accéder à une structure de santé Demoutiez (2015). C'est ainsi que Niang (2014) montre que face aux problèmes d'accès aux soins, de nombreux pays d'Afrique ont appliqué des politiques de gratuité à l'endroit de certaines catégories de la population jugées vulnérables (enfants, personnes âgées, femmes enceintes).

Au Sénégal, dès 2001, dans le but de promouvoir la santé, l'État inscrit la politique de santé dans la constitution du 21 janvier à travers les articles 8 et 17 qui stipule « l'État et les collectivités ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées ». Dès lors, la santé devient un domaine dont une partie de la mise en œuvre est transférée aux collectivités locales pour garantir l'accès aux soins à toute la population quelle que soit la situation socio-économique des personnes. Cette politique lance les prémises de l'engagement de l'État dans l'accès aux soins de la population. Mais il faut attendre 2012 pour que l'État du Sénégal inscrive la couverture maladie universelle dans sa politique. Ainsi, des concertations nationales sur la santé et l'action sociale ont été organisées regroupant des acteurs nationaux et internationaux. De ces concertations, il en est ressorti une stratégie d'extension de la couverture du risque maladie. Cette politique s'appuie sur la mise en place ou le renforcement de la gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans (gratuité 0-5 ans), pour les personnes âgées de 60 ans et plus (Plan Sésame), la restructuration ou la création de mutuelles de santé communautaires, la prise en charge des personnes en situation de handicap à travers la carte d'égalité des chances, l'octroi de bourses de sécurité familiale et le renforcement d'autres gratuités pour des situations sanitaires spécifiques (césarienne, dialyse) ou des pathologies (paludisme, tuberculose, VIH, cancer).

Dans la mise en œuvre de ces programmes de santé, une agence de la couverture maladie universelle a été créée en 2015. Cette dernière vise à mettre en œuvre des dispositifs, notamment le renforcement des gratuités et la création ou restructuration des mutuelles de santé afin d'atteindre l'objectif de couverture de 75% de la population à l'horizon 2017. Par la suite, des

agences régionales de couverture maladie universelle ont été installées sur l'étendue du territoire. Au total, 14 services régionaux ont été implantés (ACMU 2019). Ainsi, au 31 décembre 2017, le taux de couverture du risque maladie était de 49,3% au lieu des 75% prévus. Ce taux regroupe la couverture des IPM, les imputations budgétaires, l'IPRES, les assurances privées, les mutuelles de santé, les initiatives de gratuité des enfants de 0-5 ans et le plan Sésame (MSAS 2017). Concernant la stratégie de développement des mutuelles de santé, des avancées ont été notées en 2019 avec 655 mutuelles de santé fonctionnelles et un taux d'adhésion de 42%. Ces résultats semblent montrer une efficacité de la politique de la CMU au Sénégal. Cependant, la réalité du terrain est autre. L'atteinte d'une couverture maladie universelle demeure un défi pour le Sénégal à cause de la situation socio-économique du pays et des nombreux dysfonctionnements que rencontre ce dispositif.

Il s'agit d'une part des mutuelles de santé et d'autre part des initiatives de gratuités. Ce sont les populations les plus démunies et les exclus des systèmes d'assurances obligatoires qui sont les destinataires. Cependant, ces populations ont une faible connaissance des principes de protection sociale telle que la prévoyance. Ainsi, la survenue d'une quelconque maladie fait l'objet d'une prise en charge financière des membres de la communauté. On assiste alors à une « solidarité spontanée » Ayena (2012) qui n'est pas extensible. Donc prévenir la maladie, en souscrivant à une assurance maladie ou à une mutuelle de santé ne constitue pas une priorité vue la précarité financière des ménages. Les priorités étant la nourriture et le logement. Ceci peut expliquer le problème de non adhésion/ non renouvellement des populations. La littérature évoque d'autres facteurs qui bloquent l'adhésion aux mutuelles de santé, il s'agit de la non disponibilité des services dans les structures sanitaires, le manque de confiance aux dirigeants des mutuelles et le manque de moyens financiers (Sall, 2008; Boidin 2010; Ridde 2012). Au vu de tous ses facteurs, aujourd'hui les mutuelles de santé communautaire sont perçues de moins en moins comme l'approche la mieux adaptée pour étendre la couverture à l'ensemble de la population. La pérennité des mutuelles de santé demeure une problématique qui mériterait qu'on s'y penche en interrogeant les représentations sociales des mutuelles de santé.

L'autre problème émane des initiatives de gratuité. La politique d'exemption du paiement direct des soins pour certaines catégories de la population instaurée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest a influé sur la fréquentation des structures sanitaires en éliminant la barrière financière à

l'accès aux soins des populations vulnérables. Dans la théorie, les initiatives de gratuité à l'endroit des enfants de 0-5 ans, des personnes âgées et de certaines catégories de la population semble être la solution pour faciliter l'accès aux soins. Cependant, le problème de financement de la santé dont font face certains pays comme le Sénégal peut constituer un obstacle à l'effectivité des initiatives de gratuité. Analyser ces initiatives de gratuité du point de vue des professionnels de santé et des bénéficiaires nous paraît essentiel pour comprendre le dispositif au niveau local.

1. Les initiatives de gratuité au Sénégal

➤ La césarienne

Elle concerne les femmes enceintes de nationalité sénégalaise dont l'état de santé nécessite une césarienne. Ce service est offert dans tous les hôpitaux du pays. Le paquet de service concerne l'acte opératoire, le bilan pré opératoire, le kit de médicaments, un séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours. La gratuité de la césarienne vise à résoudre le problème de l'accès aux soins des femmes en éliminant la barrière financière liée aux frais de santé. Cependant, l'offre de soins devient de plus en plus limitée à cause de nombreux dysfonctionnements.

➤ La dialyse

Dès 2010, l'État du Sénégal annonce une subvention de la dialyse. La séance de dialyse est passée de 50 000 FCFA à 10 000 FCFA dans le public. Par la suite en 2012, le Sénégal décide de rendre gratuite la dialyse dans les hôpitaux pour les malades souffrant d'insuffisance rénale. La prise en charge des dépenses de la dialyse par l'État participe à favoriser l'accès aux soins des patients souffrant d'insuffisance rénale. Des centres de dialyse ont été installés dans les hôpitaux publics.

Ces dernières années, la gratuité de la dialyse reste limitée et quasi inexistante dans certaines structures sanitaires.

➤ Les enfants de 0-5 ans

La politique de gratuité destinée aux enfants de 0–5 ans a été instaurée au Sénégal en octobre 2013. Cette initiative en faveur des enfants de 0-5 ans vise la prise en charge gratuite des maladies affectant les nouveaux nés et les enfants de moins de 5 ans dans les centres de santé, postes de santé et les cas de référence au niveau hospitalier. Le Sénégal comptait en 2019

2 657 872 enfants âgés de 0-5ans (ANDS, 2019). Tous ces enfants sont concernés par la « gratuité des soins ».

Pour bénéficier de cette gratuité des soins, le parent/tuteur doit présenter un des documents suivants : carnet de santé, extrait de naissance, ou carnet de vaccination. Les prestations fournies varient selon les structures de santé. Dans les postes de santé, les bénéficiaires ont droit à un ticket de consultation, un ticket de vaccination, des médicaments génériques fournis par l'État (le plus souvent nommés médicaments IB). Dans les centres de santé, l'enfant bénéficie aussi de la gratuité du ticket de consultation, des médicaments de l'initiative de Bamako, de l'hospitalisation et du ticket de vaccination. Enfin dans les hôpitaux, seul le ticket de consultation en urgence et le ticket de consultation pour les cas référés sont offerts, les médicaments et les examens complémentaires demeurent à la charge des usagers.

➤ Le plan Sésame

Au Sénégal, les personnes de plus de 60 ans représentent 5,6 % de la population (ANSD, 2019). Parmi celles-ci, seules 30% bénéficient d'une couverture médicale. Ce chiffre renvoie à l'ensemble des personnes couvertes par le Fond National de Retraite (FNR) pour les travailleurs du secteur public et par l'Institut de Prévoyance Retraite (IPRES) pour les salariés du secteur privé. Ainsi, la majorité des personnes âgées (70%) ne bénéficient d'aucune couverture. Ce sont les travailleurs du secteur informel qui regroupent les agriculteurs, les artisans, les commerçants etc. Pour corriger ce déséquilibre, l'État du Sénégal a lancé en 2006, le Plan Sésame. Ce programme vise à assurer une prise en charge gratuite aux personnes âgées de 60 ans et plus qui ne bénéficient d'aucune couverture. Les personnes pouvant bénéficier de cette gratuité sont les suivantes :

Pour les retraités du FNR, le plan Sésame prend en charge 1/5 des frais à charge du bénéficiaire, le reste est pris en charge par l'imputation budgétaire. Quant aux personnes sans couverture sanitaire, grâce au plan Sésame les soins sont gratuits dans les hôpitaux, centres de santé et postes de santé en respectant le système de référence et contre-référence. Ainsi, le Plan Sésame offre la gratuité de la majorité des soins aux personnes âgées de 60 ans et plus qui bénéficient ou non d'une couverture santé. Ainsi, pour profiter de la gratuité des services, le bénéficiaire doit présenter une photocopie de sa pièce d'identité nationale aux postes de santé, centres de santé et hôpitaux afin de bénéficier :

- des consultations
- des médicaments essentiels (IB, et une liste de médicaments gériatriques)
- des examens complémentaires (biologiques et radiologiques)
- des actes médicochirurgicaux
- des hospitalisations

Après prestations fournies aux bénéficiaires des gratuités, l'État s'engage à procéder aux remboursements des structures sanitaires. Mais au préalable les structures sanitaires doivent envoyer les documents justificatifs (la fiche de situation globale de prise en charge, la demande de remboursement) à la région médicale. La région médicale vérifie la conformité des documents et remplit l'état récapitulatif des demandes de remboursement. Après le dossier est transmis à l'agence nationale de la couverture maladie universelle.

2. Les soutiens sociaux liés à la santé

- La Carte d'Égalité des Chances (CEC)

Au Sénégal, la loi d'orientation sociale n°2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées sert de cadre de référence en matière de prise en charge des personnes en situation de handicap, ainsi que la signature en 2012 du 1^{er} décret d'application de la loi d'orientation sociale relative à la Carte d'Égalité des Chances. La carte d'égalité des chances est une politique sociale qui vise à assurer l'accès aux soins, l'accès aux transports et l'accès à l'éducation aux personnes en situation de handicap. Elle est délivrée par le ministère de la santé et de l'action sociale après identification et ciblage des bénéficiaires au niveau départemental. Le détenteur de la carte peut aussi bénéficier de la bourse de sécurité familiale.

Cependant, pour que les personnes en situation de handicap bénéficient de la gratuité des soins, deux conditions doivent être remplies : l'obtention de la carte d'égalité des chances et être inscrit dans une mutuelle de santé. C'est seulement à ces conditions que le détenteur de la carte d'égalité des chances peut bénéficier du paquet de soins avec le même taux que les autres indigents. A la différence des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale, le détenteur de la carte est le seul bénéficiaire de la prise en charge par la mutuelle. La famille de ce dernier n'en bénéficie pas.

➤ La bourse de sécurité familiale

En 2013, le Sénégal s'est appuyé sur le modèle du programme brésilien « bolsa familia » pour mettre en œuvre un programme national de bourse de sécurité familiale. Il s'inscrit dans la politique de protection sociale en faveur des populations les plus démunies. Ce programme cible les ménages les plus pauvres sur l'étendue du territoire national et leur octroie une allocation trimestrielle de 25 000 FCFA afin de lutter contre la pauvreté des ménages. A cela s'ajoute un enrôlement dans les mutuelles de santé. L'objectif étant de permettre à ces populations d'avoir accès aux structures sanitaires sans se soucier de la barrière financière.

3. Les Mutuelles de santé

Une mutuelle de santé communautaire est une association de personnes physiques à adhésion volontaire, à but non lucratif dont la base de fonctionnement est la solidarité et l'entraide. Elle a pour mission de prendre en charge une partie ou l'intégralité des dépenses de santé des adhérents et des bénéficiaires.

Il existe deux catégories de mutuelles : les mutuelles complémentaires et les mutuelles au premier franc. Le Sénégal a opté pour les mutuelles au premier franc. Elles couvrent les personnes qui ne bénéficient d'aucune assurance maladie. Aujourd'hui, chaque commune compte au moins une mutuelle de santé.

Les mutuelles de santé communautaires sont des organisations communautaires basées sur les principes de gouvernance démocratique, de solidarité et de responsabilité dans la gestion.

➤ Solidarité

Le principe de solidarité implique une participation des adhérents. En effet, tous les adhérents versent le même montant et bénéficient des mêmes services. Les mutuelles de santé instaurent une forme de solidarité entre les membres bien portants et les membres malades.

➤ La non-lucrativité

Les mutuelles de santé communautaire n'ont pas vocation à rechercher du profit. Elles doivent consacrer leurs ressources au service des adhérents.

➤ Gouvernance démocratique et participative

La gouvernance est la mise en œuvre d'un ensemble de règles, normes, conventions pour assurer le bon fonctionnement des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé prônent la liberté d'adhésion sans aucune discrimination. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs et peuvent participer aux instances de décisions (assemblée générale).

L'organisation d'une mutuelle de santé

Elle repose sur trois principaux organes : les organes de décisions, les organes d'exécutions et les organes de contrôles. L'organigramme d'une mutuelle de santé comprend les organes suivants : une assemblée générale (AG), un conseil d'administration (CA), un comité de Contrôle (CG), un Bureau exécutif (BE)

L'assemblée générale est l'instance de décision la plus importante de la mutuelle. Elle est chargée de définir les missions et la politique générale de la mutuelle de santé, d'examiner et d'approuver les rapports d'activités et les états financiers de la mutuelle. En outre, elle fixe le montant des cotisations et élit les membres des organes (CA, CG, BE). L'AG est la réunion de tous les adhérents. Elle est convoquée au moins une fois par an. Cette réunion annuelle, rassemble tous les adhérents de la mutuelle. Ainsi, les décisions prises à l'issue de la réunion engagent tous les adhérents et tous les organes de la mutuelle.

Le conseil d'administration se compose des membres élus par l'AG. Il est chargé de l'application de la politique générale de la mutuelle. De manière concrète, il signe les conventions avec les structures sanitaires et les pharmacies, établit les comptes annuels et le budget. En outre, le conseil est composé du président, du secrétaire, des rapporteurs élus par l'assemblée générale. Les membres du CA sont des bénévoles qui acceptent de mettre leur compétence et une partie de leur temps au service de la population. Cependant, les frais occasionnés par leurs activités (déplacements, sensibilisation) peuvent être remboursés. Aussi, ils peuvent bénéficier d'une indemnité versée par la mutuelle.

Le bureau exécutif est l'organe le plus actif de la mutuelle. Il est responsable de l'exécution des décisions. Il assure la gestion quotidienne de la mutuelle. Il est composé du président, du secrétaire général et du trésorier.

Le comité de contrôle est composé de six membres élus par l'assemblée général. Ceux-ci ne doivent faire partie d'aucun organe. Son rôle est de contrôler l'exécution des décisions de l'AG. Il est chargé de veiller au respect des statuts, du règlement intérieur, de garantir le bon fonctionnement des organes de la mutuelle. Il attire l'attention des organes sur les irrégularités commises.

Modalités d'adhésions aux mutuelles de santé

Les modalités d'adhésion sont identiques, à l'échelle nationale, pour toutes les mutuelles de santé. Au sein des mutuelles sont distingués : les bénéficiaires classiques, les bénéficiaires de la BSF et la CMU-élèves. Les bénéficiaires classiques fournissent 2 photos d'identité plus 1000 FCFA de frais d'inscription et une partie de la cotisation (3500 FCFA/personne/an), l'autre partie est subventionnée par l'État, les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et leurs familles bénéficient d'une prise en charge totale (100%) par l'État, la CMU-élèves est destiné aux élèves du cycle élémentaire, moyen et secondaire. Pour en bénéficier, l'élève fournit 2 photos plus une cotisation de 1000 FCFA/an

Ces dispositifs de couverture maladie universelle mis en œuvre au Sénégal visent à instaurer une équité dans l'accès aux soins des populations.

Sept années se sont écoulées depuis la mise en place de la politique CMU au Sénégal. Aujourd'hui, le dispositif de Couverture Maladie Universelle fait face à divers dysfonctionnements qui minent son effectivité. La mise en œuvre des initiatives de gratuités, les soutiens sociaux liés à la santé et la promotion des mutuelles de santé font face à des obstacles financiers, organisationnels qui influent sur la disponibilité des services dans les structures sanitaires sans oublier la faiblesse du taux de renouvellement des mutuelles. Compte tenu de ses nombreux dysfonctionnements, il nous semble alors pertinent de questionner ces dispositifs.

Pour cela, nous nous intéresserons à la gratuité des enfants de 0-5 ans, au Plan Sésame, à la bourse de sécurité familiale, à la carte d'égalité de chances et aux mutuelles de santé communautaire. Ce choix se justifie par le fait que dans la zone étudiée, seuls les dispositifs précités sont disponibles et sont les plus connus.

1.2. Questions de recherche

Nous nous posons un certain nombre de questions sur :

- L'applicabilité des initiatives de gratuité à Niakhar

Quelles sont les initiatives de gratuité disponible à Niakhar ? Sont-elles appliquées au sein des structures sanitaires ? Est-ce que la population a connaissance ou utilise ses services ?

- Les mutuelles de santé à Niakhar

La population de Niakhar a une longue expérience de la mutualité. Est-ce que cette longue présence a un impact sur l'adhésion aux mutuelles de santé ? Quelles sont les acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre des mutuelles ? Quels sont les déterminants à l'adhésion aux mutuelles de santé ? Quelles peuvent être les limites à l'adhésion aux mutuelles ?

- Rapport mutuelle- bourse de sécurité familiale (BSF)

Est-ce que les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale ont accès aux mutuelles de santé ? Quelles sont les générations de BSF qui en bénéficient ? Comment est perçue la prise en charge des BSF par les mutuelles ?

- Perceptions des populations sur le dispositif de CMU

Comment les acteurs des mutuelles et les populations rurales perçoivent le dispositif de CMU ?

C'est à l'exploration de ce questionnement que nous nous livrons dans une perspective de sociologie dynamique en interrogeant le changement social en œuvre. Notre réflexion portera sur les dynamiques sociales autour du dispositif de CMU.

1.3. Objectif de recherche

Nous nous sommes fixés un certain nombre d'objectifs qui vont guider notre recherche portant sur les dynamiques sociales autour de la CMU dans l'arrondissement de Niakhar.

1.3.1. Objectif général

L'objectif principal de notre travail est de décrire et d'analyser les dynamiques sociales concernant la mise en place et l'utilisation actuelle des dispositifs de Couverture Santé Universelle (CMU) dans l'arrondissement de Niakhar.

1.3.2. Objectifs spécifiques

L'objectif de cette recherche peut être perçu à travers des objectifs spécifiques qui donnent un aperçu détaillé de la démarche. Il s'agit de :

- Décrire et analyser la mise en place des principaux éléments constitutifs de la CMU (mutuelles de santé, initiatives de gratuités [« 0-5 ans », plan Sésame, carte d'égalité des chances et BSF]).
- Décrire et analyser l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé, et des politiques de gratuité dans les structures de santé enquêtées.
- Décrire et analyser les représentations et les usages des dispositifs par les différents acteurs sociaux (usagers, professionnels de la protection sociale, professionnels de santé, représentants politiques locaux).

Il s'agira de montrer le point de vue des acteurs concernés par le dispositif de protection sociale, et d'analyser les causes de recours et de non-recours aux mutuelles.

1.4. Hypothèse de recherche

Analyser les dynamiques sociales autour de la CMU à Niakhar nous conduit à poser un certain nombre d'hypothèses dont la véracité sera mise à l'épreuve à travers l'analyse des données de terrain. Elles sont construites à partir d'observations et d'échanges avec les bénéficiaires et acteurs de la protection sociale.

1.4.1. Hypothèse principale

Des dysfonctionnements structurels d'une part au niveau national liés au retard ou absence de remboursement de l'État et un manque d'engagement des collectivités territoriales concourent à une faible effectivité de la politique de CMU dans l'arrondissement de Niakhar, d'autre part les dynamiques sociales locales influencent le fonctionnement du dispositif.

1.4.2. Hypothèses secondaires

1. Les dispositifs de CMU (gratuités 0-5 ans, Plan Sésame, BSF, mutuelle de santé) dans l'arrondissement de Niakhar rencontrent des dysfonctionnements structurels qui constituent un frein à l'effectivité de la politique CMU.

2. L'adhésion de la population aux mutuelles de santé demeure faible malgré l'implication des autorités locales et des partenaires techniques et financiers (acteurs politiques, maires, etc.) dans l'arrondissement de Niakhar.
3. La faiblesse des bénéfices perçus par la population et le manque d'information sur la politique CMU favorisent la non-adhésion aux mutuelles de santé.
4. En cas de maladies, les individus privilégient les solidarités familiales pour couvrir leur dépense de santé.

1.5. Justification de l'étude

Le choix de la problématique sur les dynamiques sociales autour de la CMU à Niakhar se justifie par plusieurs intérêts qu'ils suscitent au niveau de la recherche scientifique, des décideurs politiques et de la population. Depuis plusieurs années, les dispositifs de CMU (gratuité des enfants de 0-5 ans, Plan Sésame, mutuelles de santé et bourses de sécurité familiale, CEC) sont confrontés à des obstacles économiques, organisationnels et sociaux qui influent sur leur effectivité. A Fatick 80,4% de la population n'est pas couverte. Toutefois, les dispositifs de CMU existent avec 10,5% d'enfants de 0-5 ans qui bénéficient de la gratuité, 4,3% de la population couverte par une mutuelle de santé et 0,4% des personnes âgées bénéficiaires du Plan Sésame d'après les données de l'enquête EDS-continu 2017. Nous avons eu l'occasion d'investiguer le dispositif de CMU en milieu rural sénégalais dans le cadre d'un projet de recherche.

Le projet UNISSAHEL, Couverture Santé au Sahel (2019-2022), financé par l'Agence Française de Développement (AFD), a pour objectif la réalisation d'études pluridisciplinaires sur le dispositif de CSU dans trois pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Tchad, Sénégal). Au Sénégal, les recherches ont été organisées en quatre « work package » : démographie, économie, gouvernance et anthropologie. Nous faisons partie de l'équipe du volet anthropologique coordonné par le Dr Khoudia Sow, Dr Bernard Taverne et le Dr Gabrièle Laborde-Balen. Une partie des études ethnographiques a été réalisée dans l'arrondissement de Niakhar. Il s'agissait de réaliser une description des mutuelles de santé et des initiatives de gratuités. Ce mémoire a été financé et co-dirigé par le projet Unissahel.

1.6. Revue de la littérature

Il s'agit dans cette partie de faire une revue critique des principaux articles et ouvrages en rapport avec la mise en œuvre Couverture Santé Universelle dans les pays d'Afrique, particulièrement au Sénégal. Nous allons présenter cette partie sous forme thématique.

Les Systèmes de protections sociales en Afrique subsaharienne entre régime obligatoire et volontaire

Selon la déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ». Cependant, en raison du faible revenu de certaines populations, notamment celles d'Afrique subsaharienne marquées par la pauvreté, l'accès aux soins demeure un défi.

Dans le but de répondre aux problèmes de santé, ces pays ont mis en place des politiques privilégiant le domaine de la santé et l'instauration d'un système de protection sociale destiné aux travailleurs du secteur public et privé. Ces systèmes de couverture santé se sont basés sur deux modèles : le modèle de Beveridge¹ qui repose sur un système d'assurance national financé par l'impôt et géré par l'État et le modèle de Bismarck² qui est un système d'assurance privé s'appuyant sur la cotisation des salariés et des employeurs. Ces modèles insufflés par les anciens colonisateurs, sont devenus des références en termes de protection sociale. Dans la plupart des pays d'Afrique, le modèle de Bismarck est appliqué avec une contribution obligatoire des salariés.

Après les indépendances, les pays d'Afrique subsaharienne, dans l'optique d'améliorer les conditions de vie de leur population et de réduire les inégalités d'accès aux soins, ont mis en place des politiques d'exemptions de paiement dans les structures sanitaires. Il ressort de ces politiques un fort engagement des États à développer leur système de santé. Ces efforts sont encouragés par la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

¹ Un modèle de protection sociale, développé par un économiste anglais. Il s'agit d'un système universaliste qui vise à assurer la gratuité des soins à l'ensemble de la population, ce système doit être financé par l'impôt et la taxe et l'État est chargé de réguler ce système.

² Le modèle de Bismarck est un système assurantiel. L'adhésion est obligatoire. Les salariés et les employeurs contribuent financièrement par des cotisations salariales. La gestion de ce système est assurée par les salariés et les employeurs

Mais, la crise économique des années 1970 a renversé la tendance. Dans un contexte international où le développement s'appuie sur l'économie, les pays d'Afrique ont adopté des programmes d'ajustements structurels. Le focus a été mis sur la croissance économique au détriment du progrès social. Les services de santé passent alors de la gratuité au paiement direct. Ces programmes sont accompagnés d'une diminution des ressources allouées à la santé. Le financement des systèmes de santé repose dès lors sur le calcul coût-efficacité (Jamison 1993). En plus, les États privilégient les hôpitaux urbains en relevant leurs plateaux techniques au détriment des structures de santé des zones rurales. Dès lors, les systèmes de santé publique des pays d'Afrique deviennent déficients et les populations rurales n'accèdent plus aux soins à cause de leur coût élevé (Jamison 1993).

Face aux conséquences désastreuses des PAS, l'accès aux soins de santé primaires à travers l'Initiative de Bamako a été lancé en 1987. C'est une réforme de la gestion des systèmes de santé des pays en voie de développement. Cette réforme consistait à instaurer la tarification des soins aux usagers et à décentraliser la gestion du système de santé afin de résoudre les problèmes d'inefficacité des systèmes de santé. En d'autres termes, celle-ci comporte deux volets : le recouvrement des coûts au plan financier et la participation communautaire au plan social (Tizio, 1997, Flory 2000). Selon ces auteurs, ces mesures visent à maîtriser les dépenses de santé et éviter la surconsommation des services. Cette initiative a participé au financement de la santé au sens où la vente directe de médicaments génériques aux usagers devait permettre aux formations sanitaires de se réapprovisionner en médicaments. Ceci dit, le financement du fonctionnement des structures sanitaires par le paiement direct a participé à creuser les inégalités sociales d'autant plus que les plus pauvres ont plus de risque de tomber malade, ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux soins d'une partie de la population (celle qui n'a pas une grande capacité contributive). Cette analyse ne reflète pas forcément la situation sanitaire des pays d'Afrique. Malgré la gratuité de certains soins, la grande majorité des populations ne fréquente pas les structures sanitaires (Tizio, 1997). Deux arguments peuvent être énoncés : la population peut faire recours à la médecine traditionnelle ou celle qui a les moyens de payer les soins n'est pas disposée à le faire. L'analyse que l'on tire est que le paiement direct utilisé comme moyen de financement de la santé peut paraître illusoire même si les fonds collectés ont constitué un apport pour les structures sanitaires. Toutefois, l'initiative de Bamako en tant que réponse aux défaillances des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne ne semble pas résoudre les

problèmes d'insuffisances des ressources (humaines et financières et de la mauvaise qualité des soins) que rencontrent les systèmes de santé. Cette politique de responsabilisation des usagers à travers le paiement a participé à la diminution de l'utilisation des services de santé par les usagers (Ridde, 2008). Ce qui a accentué la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins.

L'analyse faite de ces initiatives (gratuités et protection sociale) montre une dégradation du système de soins et des politiques de protection sociale se limitant au secteur formel qui couvre une faible proportion de la population (Dussault et Letourmy, 2006). Ce qui conduit à un questionnement sur l'adéquation des politiques de protection sociale en contexte africain.

Les sociétés africaines sont constituées majoritairement de travailleurs du secteur informel. Ce qui explique qu'une petite proportion de la population bénéficiait d'un système de protection sociale. En plus, ces modèles hérités des anciens colonisateurs n'ont pas été étendus à l'ensemble de la population du fait du sous-développement du secteur formel et du caractère sélectif de ses politiques (Vuarin, 2000). Les régimes obligatoires ne couvrent que 15 à 30% de la population (Letourmy, 2006).

Au Sénégal, le système de protection sociale à l'instar des autres pays d'Afrique est arrimé au salariat. Ceci signifie que la grande majorité de la population n'est pas couverte. Selon E. Baumann (2010) il est impératif de mettre en place un système qui permettrait d'étendre la couverture au secteur informel, d'une part en impliquant les acteurs de la société civile, d'autre part en diversifiant les sources de financement.

Au regard de ces différents éléments, nous notons un déficit de couverture de la population accentué par le développement du secteur informel mais aussi la faiblesse du budget alloué à la sécurité sociale. Dans un rapport sur la protection sociale en Afrique, le BIT souligne quatre aspects qui entravent la protection sociale, il s'agit du niveau de chômage élevé, le sous-emploi, l'insuffisance des normes de travail et de protection sociale dans les pays d'Afrique subsaharienne. Conscient de ces inégalités qui influent fortement sur la santé des populations, les organismes internationaux orientent la réflexion sur les liens entre la santé des populations et le développement économique des pays.

Les politiques de gratuité en Afrique face aux problèmes de financements

Dans les années 2000, la banque mondiale a introduit la protection sociale dans les stratégies de lutte contre la pauvreté à travers les OMD. Les pays de l'Afrique de l'ouest ont appliqué les recommandations des institutions internationales notamment sur l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). L'objectif 4 « réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans », l'objectif 5 « améliorer la santé maternelle » et l'objectif 6 « combattre le VIH sida/ le paludisme et d'autres maladies » (rapport ONU, 2000) répondent à un besoin de mettre en place des politiques de protections sociales pour les populations les plus vulnérables.

Malgré les efforts des institutions internationales en termes de financement, les OMD dans certains pays ne sont pas atteints. Dans l'article « vers la gratuité des soins en Afrique », Ridde et Blanchet (2008) soulignent que dans l'exécution du programme des OMD, les interventions étaient plus concentrées sur les maladies comme le paludisme, la tuberculose, le VIH, au détriment du renforcement des systèmes de santé des pays. Cet état de fait n'a pas permis d'améliorer les systèmes de santé déjà déficients de ces pays. Cependant, les auteurs démontrent que la réorientation des politiques de santé vers une gratuité ciblée (au Sénégal avec la gratuité des soins des personnes âgées, au Mali avec la césarienne, au Niger avec les enfants de moins de 5 ans et la subvention des accouchements à 80% par l'État au Ghana) a eu des effets bénéfiques sur l'utilisation des services de santé et la réduction des dépenses catastrophiques. Cet article se penche plus sur les effets des politiques de gratuité dans les structures de santé. Toutefois, le terme même de « gratuité » prête à équivoque. En effet, même si l'acte, la consultation est gratuite, il y a toujours un reste à la charge des patients, constitué des médicaments, du transport, de certains examens biologiques... Dans une étude sur la gratuité de la césarienne au Ghana, Asante et al (2007) montrent que la gratuité des soins profite plus aux personnes avec une situation financière élevée, qu'à ceux qui habitent dans les villes. Les populations rurales, éloignées des structures sanitaires, ont plus de mal à rallier les centres de santé ou à obtenir les informations sur les gratuités existantes. Selon ces auteurs, la gratuité de la césarienne a bénéficié aux usagers des structures sanitaires. Sous l'angle de ces analyses, nous pouvons dire que malgré l'engagement des États à rendre gratuits des services aux populations les plus démunies, dans la pratique, ces populations bénéficient peu de ces initiatives de gratuité. Les points de vue de Ridde

et Asante s'avèrent importants dans le cadre de cette étude, au sens où il nous permet de mettre en évidence l'impact des politiques de gratuité sur les structures sanitaires et les populations.

Par contre, une autre étude a questionné les effets sociaux des gratuités. Dans sa thèse, Samb (2014) montre que la gratuité est socialement acceptée par les communautés parce qu'elle participe à renforcer les liens sociaux. Selon l'auteur, les effets sociaux sont de trois ordres : les valeurs de la communauté, la participation communautaire et les ménages. Ces aspects influent sur l'acceptabilité des politiques par les communautés. La pertinence de cette étude s'aperçoit dans le fait que les valeurs propres à une communauté agissent fortement sur la réussite ou non d'une politique de santé.

De l'avis d'Olivier de Sardan (2017), les initiatives de gratuité mise en œuvre dans certains pays d'Afrique subsaharienne visent à réduire les barrières financières à l'accès aux soins. Cependant, ces politiques font face à des difficultés, particulièrement la gratuité de l'accouchement et des enfants de 0-5 ans. L'auteur rappelle que ces initiatives influent fortement sur la gestion financière des centres et postes de santé au sens où elles constituent la majorité des consultations dans ces structures. Or, en l'absence de remboursement des prestations, les centres et postes de santé rencontrent des difficultés de trésorerie. Ces politiques de gratuité bien que bénéfiques aux populations ont des limites. Il s'agit de l'applicabilité des politiques de gratuité dans la durée et les problèmes de financement.

Les études réalisées sur les politiques de gratuité appliquées dans certains pays d'Afrique se sont accentuées sur les effets de ces politiques sur les structures de santé ou le système sanitaire en général. Mais ces dernières années, les écrits s'orientent plus sur les effets de ses politiques sur la population et sur les enjeux liés au financement. En dehors d'une prise en charge sanitaire gratuite, certaines populations se voient attribuer des allocations financières.

En Afrique, la protection sociale cesse d'être pensée comme une initiative permettant de résoudre des problèmes sociaux à court terme mais plutôt comme une politique globale (Voipio, 2007). Depuis quelques années, les institutions internationales prônent la création de programmes de protections sociales en priorisant les filets de sécurité sociaux comme un moyen de lutter contre la pauvreté. Des programmes de protection sociale comme la « bolsa familia » au Brésil et Afrique du sud deviennent des modèles à adopter à cause de leur « succes story ».

Au Sénégal, des bourses de sécurité familiale sont allouées aux populations vulnérables depuis 2013 (PNBSF). Cependant, les programmes font face à des difficultés liées aux financements et à la mise en œuvre des outils de ciblage. Aussi, la mise en place de programmes de filets sociaux en contexte africain soulève la question de la priorisation des dépenses. En effet, ces programmes peuvent être perçus comme des dépenses sociales non productives réalisées au détriment d'investissements productifs.

Il semble nécessaire de réviser les politiques nationales de protection sociale des États d'Afrique subsaharienne d'une part en renforçant l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel et d'autre part en mettant en place un système de couverture pour les populations rurales et celles du secteur informel, appuyé par l'État. Il s'agit de l'approche mutuelle de santé. Les mutuelles de santé doivent intervenir dans la prise en charge sanitaire des indigents afin de réduire les filets sociaux.

Dynamique et développement des systèmes de mutualité

Depuis les années 1980, plusieurs formes d'assurances maladies communautaires sont apparues. Ces systèmes visent à faciliter l'accès aux soins à la population. Les mutuelles de santé constituent une des formes d'assurance maladie communautaire la plus répandue en Afrique de l'ouest et du centre.

Une mutuelle de santé « est une association autonome à but non lucratif, basée sur la solidarité et la participation démocratique, qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide » (ILO, 1999). En outre, les mutuelles de santé sont des mécanismes de protection contre le risque financier. Ces mécanismes permettent la mise en commun des ressources et le partage des risques (Fonteneau, 2007) afin de bénéficier des soins de santé à moindre coût.

La mise en œuvre des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne constitue d'une part une réponse aux insuffisances des systèmes de protection sociales préexistantes (couverture limitée au secteur formel) d'autre part, aux problèmes d'inaccessibilité financière, géographique qui constituent un obstacle à l'accès aux soins des populations les plus pauvres.

Vers les années 1990, on assiste à la création des mutuelles de santé particulièrement en Afrique de l'ouest et du centre. Elles sont portées et financées par les organisations non gouvernementales, les communautés, les organisations des travailleurs et employeurs, les organisations confessionnelles, les coopératives internationales, le BIT et la Banque mondiale. L'implication des organisations internationales dans le financement d'un système d'assurance à base communautaire est un facteur déterminant dans la mise en place d'un système de protection sociale destiné aux populations rurales ou celles œuvrant dans le secteur informel. Ce dynamisme autour de la mutualité va engendrer le développement de l'approche mutuelle de santé.

Une étude de Letourmy (2008) distingue trois phases dans la genèse des mutualités en Afrique de l'ouest. Les années 1985-1995 correspondent à la première phase, on dénombre six pays (Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo, Niger, Sénégal) ayant mis en place des mutuelles avant 1990. Cette période est marquée par les initiatives privées. En outre, le projet de création des mutuelles est porté par des médecins, des travailleurs, des syndicats. On assiste alors à la création des mutuelles de santé pour les retraités, les travailleurs. Dans ces mutuelles, l'adhésion est volontaire et la cotisation est subventionnée par les caisses de sécurité sociale, c'est le cas de la mutuelle des forces armées au Sénégal, la mutuelle générale des fonctionnaires en Côte d'Ivoire. A contrario, la mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture au Mali n'offre pas un système assurantiel mais choisit d'offrir à ses membres des prestations dans un centre de soins. En Afrique de l'ouest, la gestion de ses mutuelles s'apparente plutôt à celles d'institutions d'assurances commerciales que d'assurances maladies solidaires. Dans cette première vague, l'implication de l'État dans la couverture médicale est moindre. La deuxième phase est caractérisée par le développement de la micro-assurance et des mutuelles de santé communautaire. La création de mutuelles de santé était le fait d'acteurs locaux et internationaux (ONG, acteurs internationaux). La troisième phase, qui démarre vers les années 2000 marque la concrétisation des politiques en faveur des mutuelles de santé.

Au Mali, dès 1998 le gouvernement met en place un dispositif législatif et réglementaire spécifique aux mutuelles de santé. Ceci montre l'engagement des États de faire de la politique des mutuelles de santé une priorité nationale. Comme l'illustre la déclaration du ministre malien du développement social, de la solidarité et des personnes âgées la « mutualité (...) est une des voies les plus indiquées pour permettre au citoyen d'assumer sa responsabilité dans le processus

de prise en charge collective des risques sociaux (...) la recherche de dispositifs de protection sociale appropriés au contexte socio-économique nous conduit (...) à mettre en place un dispositif législatif et réglementaire susceptible d'offrir un cadre propice au développement de ce mouvement » (concertation³, 2004). C'est en ce sens qu'une loi sur les mutuelles de santé a été décrétée.

Les mutuelles de santé apparaissent alors comme un moyen d'assurer aux populations démunies, une couverture adéquate. Certains pays dont le Sénégal ont décidé de faire de la promotion des mutuelles de santé, une politique d'extension de la couverture maladie universelle. Ce dispositif vise les populations qui évoluent dans le secteur informel.

Selon Ndiaye (2006) au Sénégal, le développement des mutuelles de santé a connu quatre phases. La première phase est marquée par la création de la mutuelle de santé des travailleurs de la Sococim en 1973, la création en 1985 de la mutuelle de santé de l'armée sénégalaise et la mise en place d'une mutuelle en zone rurale, la mutuelle de Fandène. La deuxième phase est marquée par la mise en place des mutuelles de santé dans les régions en s'appuyant sur la « succes story » de la mutuelle de Fandène. Dès lors, apparaît les mutuelles de santé des enseignants, des associations communautaires. La troisième phase marque l'engouement des populations, de l'État et des acteurs internationaux. Entre 2000 et 2003, le nombre de mutuelles est passé de 28 à 79 au Sénégal. L'État fait la promotion des mutuelles de santé avec le développement des supports de gestion. On assiste alors à un développement des mutuelles de santé dans les régions de Dakar et Thiès. Quant à la quatrième phase, elle fait référence à l'engagement de l'État avec la mise en place d'un cadre juridique afin d'atteindre la couverture santé universelle promue par l'OMS. Dès lors, les mutuelles de santé constituent une voie pour tendre vers une couverture de l'ensemble de la population. Mais en Afrique, le développement d'un système de mutualité varie d'un pays à un autre.

Dans son article « le développement des mutuelles de santé en Afrique », Pascal Ndiaye (2006) montre que le dispositif des mutuelles de santé est assez disparate d'un pays à un autre. Le nombre de mutuelles de santé est plus élevé au Sénégal et au Mali tandis que d'autres pays comme le Tchad et la Mauritanie ont un développement assez lent. Cet auteur explique que

³ Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique – Inventaire 2003 des systèmes d'assurance maladie, Dakar, octobre 2004

différents facteurs influent sur l'évolution des mutuelles de santé, à savoir, l'implication des acteurs et la capacité à atteindre les populations sans protection sociale. Il souligne que l'apport des partenaires est un aspect aussi à ne pas négliger, un apport en nature et en argent au début, récemment, un appui technique avec la construction et l'équipement des sièges. Cet engouement pour le système de la mutualité est une réponse à un besoin d'atteindre une couverture santé universelle.

La Couverture Santé Universelle est inscrite dans l'agenda international mais c'est surtout en 2010 avec la publication du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde que l'accès à une couverture santé est devenu une préoccupation internationale. En effet, selon l'OMS, une forte proportion de la population mondiale n'a pas accès à la protection sociale. Ainsi, l'universalité de l'accès des soins à tous promue par la résolution des Nations Unies sur la Couverture Santé Universelle adoptée en 2012 lance les prémisses d'une priorité internationale. L'objectif qui consiste à instaurer une couverture universelle est désormais un consensus international et un engagement des acteurs politiques, pour la première fois la santé est devenue une priorité de développement.

Selon l'OMS « la couverture santé universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptations et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficace, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle, c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir ». C'est-à-dire, éviter aux familles d'engloutir toutes leurs économies dans les dépenses de santé. En effet, le but de la couverture santé universelle est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux soins sans encourir de difficultés financières. Cette politique cherche à protéger les populations particulièrement les plus démunies contre le risque financier lié à la maladie. Pour atteindre cette couverture, les approches adoptées par les pays diffèrent.

Au Sénégal, en 2012 avec l'arrivée du Pr Macky Sall, l'État affiche un engagement fort en faisant de l'approche mutuelle de santé une stratégie afin d'étendre la couverture à l'ensemble de la population. Des mutuelles de santé sont installées dans toutes les communes sur l'ensemble du territoire. Ces mutuelles sont destinées à la grande majorité de la population constituée des

travailleurs du secteur informel. L'objectif est d'atteindre 50% de la population en 2015 (CACMU). Cette initiative a fait l'objet d'études pluridisciplinaires. En prenant, l'exemple du Sénégal, Boidin (2012) étudie le rôle des mutuelles de santé en Afrique. Le Sénégal a opté pour un système mixte qui repose sur la pérennisation et l'extension des politiques de gratuité, la réforme des IPM, la mutualisation pour le secteur informel (urbain, rural). Rappelons que le Sénégal a une longue tradition de la mutualité à travers la création d'une mutuelle rurale, celle de Fandène. Depuis, le système de mutualité ne cesse de se développer. Ainsi, pour mettre en place la politique d'extension de la couverture maladie universelle à travers les mutuelles de santé, l'État a fait appel à des partenaires locaux, nationaux et internationaux pour un appui financier et technique. Dès lors, on note une évolution des dispositifs réglementaires et institutionnels relatifs au développement des mutuelles de santé.

L'analyse globale des différentes phases de développement des mutuelles de santé nous a permis de voir que les auteurs ont abordé les processus de mise en place des mutuelles de santé communautaires et les acteurs qui y interviennent. Toutefois, dans les analyses des travaux sur les mutuelles, l'implication des populations dans le processus de création est peu abordée. La prise en compte de cet aspect nous permettra de mieux comprendre les dysfonctionnements dont font face les mutuelles de santé aujourd'hui.

Approche mutuelle de santé : difficultés et recommandations

Dans leur mise en œuvre, les mutuelles de santé rencontrent d'énormes difficultés. La littérature met en exergue les obstacles financiers et fonctionnels des mutuelles de santé.

Ainsi, Ndiaye et Ouattara (2017) soulignent qu'après des années de fonctionnement les mutuelles de santé font face à des difficultés financières, ce qui influe sur la prise en charge des bénéficiaires. L'autre difficulté est le faible taux de pénétration des mutuelles. Une étude antérieure d'Atim et al (2005) mettait en exergue les causes de l'instabilité financière des mutuelles de santé de la région de Thiès. Ces auteurs évoquent, le faible taux de pénétration, la sélection adverse, le faible taux de recouvrement. En effet, les principales recettes des mutuelles de santé proviennent des cotisations des membres alors que le nombre de bénéficiaires à jour de leur cotisation reste faible. Un autre facteur évoqué, il s'agit de la faiblesse de compétence du personnel qui influe sur la gestion des mutuelles.

Aussi, les mutuelles de santé à base communautaire offrent un paquet de base limité aux bénéficiaires. Ce mode de fonctionnement peut contribuer à la faible attractivité des mutuelles de santé. Déjà en 2012, une étude sur les mutuelles de santé au Sénégal montre que sur 81 mutuelles de santé répertoriées en 2003, 58 mutuelles couvraient les petits risques contre 23 mutuelles couvrant les grands risques liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales (Boidin, 2012).

Cependant, notons qu'au-delà des difficultés d'ordres internes, le système de mutualité du Sénégal fait face à de nombreux obstacles relevant d'un problème de coordination au niveau central et de fonctionnement au niveau local. Comme le souligne Boidin (2012). La mutualité au Sénégal fait face à l'insuffisance d'articulation entre le mouvement mutualiste et les autres mécanismes de couverture (les initiatives de gratuité, plan sésame, césarienne), appui insuffisant des acteurs publics (l'État, les collectivités locales), défaillances de l'offre de santé (manque de personnel, paquets de services non attractifs, ruptures fréquentes de médicaments). Ces raisons évoquées mettent en exergue d'une part l'insuffisance de coordination entre l'État, le ministère de la santé et les collectivités locales, d'autre part le système de santé du Sénégal reste marqué par une disponibilité limitée en médicaments qui affecte considérablement l'offre de soins surtout au niveau des centres et postes de santé.

D'autres raisons sont mises en évidence par l'étude de Malinovsky et al (2014) qui porte sur trois mutuelles au Sénégal (Soppante, Ndongol, Weer-werlé). Les résultats de l'étude montrent que les mutuelles sont perçues comme une forme de réciprocité. En d'autres termes, les participants à la mutuelle ont cotisé pour que les malades puissent bénéficier des soins mais espèrent bénéficier un jour des services de la mutuelle. Toutefois, la réciprocité n'étant pas toujours respectée, les bénéficiaires ont tendance à se retirer. Ce que les acteurs de mutuelle qualifient d'absence de solidarité des populations.

D'autres raisons sont évoquées, il s'agit de l'incapacité de certains ménages à s'acquitter du montant de la cotisation. En sus des barrières financières, il y a aussi les barrières sociales. En effet, l'étude montre que les ménages avec un capital social élevé, sont plus susceptibles d'adhérer à la mutuelle de santé que les ménages avec un faible capital social. Ainsi, les auteurs mettent en corrélation le capital social des individus avec le développement des mutuelles de santé.

Les auteurs suggèrent une professionnalisation des cadres de la mutuelle, des subventions pour couvrir la cotisation des plus démunies et une interaction entre le personnel local, les adhérents et les parties prenantes (bailleurs de fonds, élus locaux et prestataires de soins).

Cela a été fait au Sénégal avec la prise en charge totale des cotisations des plus démunis notamment les bénéficiaires de la BSF et des CEC. Ceci a eu comme impact une augmentation du taux d'adhésion qui a atteint les 47% en 2019 (Hane, 2019). Cependant, dans la mise en œuvre, il s'agit dans la plupart des cas d'un enrôlement administratif. Quelles sont les facteurs qui entravent le bon fonctionnement de ce processus ? Dans la littérature, les débats sur cette question révèlent les enjeux autour du financement de la CSU dans les pays du Sud. En 2010, d'après l'OMS (2010), seuls huit pays à faibles revenus étaient en mesure de financer leur politique CSU avec leurs propres moyens. Cette situation influe fortement sur le financement des dispositifs de CSU. Au Sénégal, depuis quelques années, une réflexion sur la diversification des sources de financement de la CMU s'est créée. Il s'agit d'impliquer les populations avec le prépaiement direct et via la plateforme SUNU CMU pour la diaspora, et les entreprises avec la responsabilité sociétales. D'autres sources innovantes, concernent la taxe sur les appels téléphoniques entrants (Hane, 2019). Ainsi, pour arriver à une couverture à grande échelle, la politique de la couverture maladie du Sénégal doit reposer sur une forte volonté politique, une réorganisation des mutuelles de santé et un appui financier et technique des acteurs locaux, nationaux et internationaux. Mais aussi, l'implication des populations, en s'acquittant régulièrement de la cotisation pour faire perdurer l'esprit de solidarité présent dans les sociétés africaines. La solidarité étant un principe fondamental de la mutualité.

La solidarité africaine mis à l'épreuve

Dans « les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle », P Antoine (2007) montre que les relations intergénérationnelles en Afrique ont subi des modifications à cause de la crise économique, de la crise sanitaire et du vieillissement de la population. Par ailleurs, certains pays africains sont loin du stade de vieillissement démographique malgré les prévisions des Nations unies. En 2005, les Nations unies prévoient 6,9% de la proportion des personnes âgées en Afrique alors qu'à cette date seulement 5,2% de la population africaine ont dépassé l'âge de 60 ans. Ce qui nous fait dire que même si la proportion des personnes âgées ne cesse d'augmenter dans le monde, la question du vieillissement ne se pose pas de manière immédiate dans les pays

d'Afrique parce que la fécondité reste élevée. Toutefois, d'ici 2050, la proportion des personnes âgées dans la totalité des pays du sud aura doublé. La plupart des pays du Sud vont devoir faire face aux problèmes liés à une croissance rapide du nombre des personnes âgées (Velkoff et Kowal, 2007 ; Pison, 2009). Il revient alors à se poser la question suivante: comment le vieillissement de la population peut influencer la structure des sociétés africaines ? Il en est de même de la solidarité et des relations intergénérationnelles. À cette interrogation, Antoine souligne que les sociétés africaines sont régies par un système d'entraide intergénérationnelle, en fait « les jeunes contractent une dette envers leurs parents dont ils devront s'acquitter à l'âge adulte » (P. Antoine, 2007). En effet, il existe dans ces sociétés une structuration qui contraint les adultes à s'occuper des plus jeunes en contrepartie une fois adulte, les enfants devront s'occuper des vieilles personnes. Ce système vise à préserver les personnes âgées de la solitude. Cette organisation de la société d'antan perdure jusqu'à présent. Toutefois, le tissu social subit des transformations liées à la modernité. De ce fait, les petits enfants, les orphelins ou encore des enfants sans liens de parenté directe sont confiés aux personnes âgées, non seulement pour leur éducation mais aussi pour assister ces personnes âgées sous la forme « d'aide à domicile ».

Ces personnes âgées vivent majoritairement en milieu rural laissant ainsi aux jeunes le choix de migrer et de trouver un emploi en ville. L'emploi des jeunes constitue la source de revenu principal de la famille créant ainsi une dépendance économique des personnes âgées. Cependant, Sagner (2002) qui étudie le comportement des personnes âgées dans la sphère privée en Afrique du Sud explique que la pension de retraite constitue souvent la seule source de revenu dans certains ménages. Ce qui signifie que les personnes âgées prennent en charge les autres membres de la famille (enfants, adultes sans activité, mère...). Ces propos peuvent être nuancés parce que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus est plus grande en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est probablement la raison pour laquelle le secteur informel est dominant. Dans le même ordre d'idée Antoine P. et Golaz V. soulignent qu'en Afrique subsaharienne l'emploi est limité et est en grande partie informel. En plus quelques pays ont instauré un système de retraite non contributif comme l'île Maurice, l'Afrique du Sud. Dans ces pays, les personnes de plus de 60 ans bénéficient d'une pension de retraite même en l'absence de cotisation. Ceci n'est pas le cas dans tous les pays. Une étude récente montre que moins de 10% de la population des 60 ans et plus bénéficie d'une pension en Afrique (Antoine, 2007). Ainsi, pour subvenir à leurs besoins, ces populations font appel à leurs proches à travers la solidarité familiale. Face à la modernité, la

crise économique, l'individualisme qui transforme le tissu social, « le changement de mentalités et l'effritement des solidarités familiales » (Vignikin, 2007), on assiste à une transformation des solidarités familiales modifiant ainsi les rapports entre générations. Ceci met à rude épreuve le système de protection sociale traditionnelle. Dans quelles mesures les familles interviennent dans la prise en charge des personnes âgées ? Vignikin rappelle qu'un système de prise en charge des enfants et des personnes âgées a toujours existé dans les sociétés africaines. Cependant, les bouleversements que subissent les sociétés africaines ces dernières années peuvent constituer un obstacle au système traditionnel de protection sociale. Pour appréhender l'évolution de la protection sociale traditionnelle, Vignikin évoque trois facteurs :

- L'allongement de la période d'enfance qui résulte d'une sortie de plus en plus tardive du système éducatif et de la rareté des opportunités d'emplois (Antoine et al, 1995). En effet, les jeunes font de plus en plus souvent des études supérieures ce qui accentue leur dépendance au sein de la famille ; il en est de même sur le marché de travail marqué par le chômage des jeunes diplômés.
- L'allongement de la durée moyenne de vie qui permet de vivre plus vieux, entraînant ainsi le retour d'activités des personnes du troisième âge.
- Amenuisement de l'effectif des adultes dans les sociétés à forte prévalence du VIH/sida lequel tend à détériorer les capacités financières de prise en charge des jeunes et des personnes âgées et à aggraver la pauvreté et la vulnérabilité des familles (Pilon et Vignikin, 2006)

Dans les pays d'Afrique australe, la propagation rapide du VIH/sida a affecté la structure de la famille et mis à rude épreuve les solidarités intra et intergénérationnelles. Ainsi, l'absence d'une politique de prise en charge des malades dans certains pays laisse aux familles le soin de s'occuper, à la hauteur de leurs moyens, des personnes âgées et des enfants. La tranche d'âge des 15-49 ans étant les plus exposés au VIH (Pison, 2007). Ces malades continuent de faire appel à la solidarité familiale qui, face à la durée et la cherté du traitement, épuisent les ressources familiales, créant ainsi un désengagement des donateurs. Force est de constater que ces sociétés adaptent ce système de protection sociale à la modernité. Ainsi, les mécanismes d'entraide sont perceptibles au sein de la famille proche, élargie, au sein de la communauté (Dahira, confrérie religieuse) sous diverses formes.

Pareillement, dans son article « pour se soigner les sociétés africaines sont solidaires » A. Attané (2015) explique que les sociétés africaines sont réputées pour leurs solidarités et entraides en opposition aux sociétés européennes marquées par les relations interindividuelles. En effet, ce système repose sur la solidarité intergénérationnelle. Autrement dit, les adultes s'occupent des enfants, en contrepartie ces derniers assurent la sécurité sociale des personnes âgées. C'est un échange intergénérationnel. Cependant, ce système n'est pas généralisé comme le laisserait penser cette description, elle est plutôt sélective et multidirectionnelle comme le montre A. Attané (2015), elle précise que « l'entraide intrafamiliale n'est pas systématique, un ensemble de valeur et de condition président à sa mise en place effective ». L'auteur, à travers une étude de cas, met en exergue plusieurs facteurs qui interviennent dans le système de solidarité intergénérationnelle. Notamment, l'attachement, l'affection, la capacité économique de l'aidant, le comportement de celle qui a besoin d'aide. Tout cet ensemble de valeurs participe à maintenir ce système traditionnel de protection sociale. Plus encore, une étude sur les personnes vivant avec le VIH a montré que parfois ce sont les personnes âgées qui prennent en charge leurs enfants adultes infectés par le VIH (Attané et Ouédraogo, 2011). Ce qui montre le caractère multidimensionnel de l'entraide. De ce fait le soutien peut être financier, moral, matériel.

En outre, ces auteurs montrent l'existence d'une solidarité, d'une entraide dans les sociétés africaines reconnus par tous notamment dans la prise en charge des personnes âgées. Cependant, la précarité économique, les difficultés d'accès à un emploi rémunéré, les changements de mentalités participent à l'affaiblissement des solidarités intergénérationnelles. La solidarité africaine a des limites notamment en cas de sollicitation récurrentes pour une maladie chronique. C'est le cas pour le VIH. Une étude antérieure de Sow et Desclaux (2002) évoquent la question de l'épuisement des ressources lié à la capacité financière des familles comme limite à la solidarité. La solidarité n'étant pas extensible, penser l'approche mutualiste en se basant sur la capacité des ménages à mobiliser des ressources financières face à la maladie est plus ou moins illusoire. En effet, l'entraide se crée en cas d'incident (maladie, accident, perte de l'habitat...) plutôt que dans le cadre d'une prévention.

1.6.1 Définitions et opérationnalité des concepts

Dans cette partie, nous allons développer des concepts relatifs aux hypothèses de recherche, il s'agira de définir ces concepts. A cet effet, Durkheim (1993 :44) rappelle que « la première démarche du sociologue est de définir les choses dont il traite afin que l'on sache de quoi il est question ». Cependant, nous allons aussi montrer l'opérationnalisation des concepts sous forme de tableau en indiquant l'intérêt de leur usage et leur mode d'application par rapport au thème. Ainsi, nous allons développer les concepts ci-après : *dynamique sociale*, *représentation sociale*, *solidarité*.

Dynamique sociale

Le concept de dynamique sociale est un concept clé en sciences sociales. En effet, dans l'ouvrage « sens et puissance », Balandier (1971 :71) considère que dans chaque système social cohabitent des dynamiques qui existent à l'intérieur appelées « dynamiques du dedans » et des éléments qui viennent de l'extérieur encore appelés « dynamiques du dehors ». Le concept de dynamique sociale est aussi présent dans les écrits de différents auteurs notamment dans les écrits de J P. Olivier-de-Sardan. L'auteur étudie les dynamiques sociales en rapport avec le concept de développement et de changement social en Afrique. Selon l'auteur, les politiques publiques dans le domaine de la santé ou dans d'autres domaines sont pour la plupart orientés par les institutions internationales et les agences de développement. Ces politiques publiques sont identiques d'un pays à un autre et leurs adaptations au contexte local fait défaut. Ce sont en quelque sorte des « modèles voyageurs » au sens d'Olivier de Sardan c'est « toute intervention standardisée quels qu'en soient les échelles ou les domaines en vue de produire un changement social à travers des changements de comportements d'une ou de plusieurs catégories d'acteurs, et qui reposent sur un mécanisme et des dispositifs censés avoir des propriétés intrinsèques permettant d'induire ce changement dans des contextes de mises en œuvre variées (Olivier De Sardan, 2017). En outre ce sont des interventions basées sur des « success story » promues par des institutions internationales. Olivier De Sardan souligne que dans le domaine de la santé, plus généralement dans le domaine du développement, des projets et programmes sont élaborés par des experts internationaux en vue d'une amélioration des systèmes de santé. Ces modèles sont appliqués de façon quasi identique dans différents pays, particulièrement dans les pays d'Afrique. L'auteur montre que ces interventions sont soumises par ailleurs à l'épreuve des contextes dans la mise en

œuvre, définies par les réalités locales, très diverses, méconnues des promoteurs des interventions. Ce qui constitue un obstacle à la mise en œuvre des projets notamment en santé publique. De ce fait, les interventions (politique publique, programme, projet) se heurtent à diverses résistances liées au contexte. L'adoption de ses interventions par la population locale peut se faire de manière lente, ils peuvent souvent être « contournés, détournés, désarticulés ».

Dans un contexte spécifique relatif à cette étude sur les dispositifs de couverture maladie santé (mutuelle de santé, initiative de gratuité), « le modèle voyageurs » d'Olivier de Sardan a permis de faire ressortir de façon concrète le processus de mise en place de la politique de couverture maladie universelle. L'implantation des mutuelles de santé au Sénégal repose sur un « succes story ». C'est en quelque sorte des programmes importés, qui mise en place au niveau local font face à des difficultés de coordination. Cependant, des modes d'organisations sociales se sont construites, mettant en exergue des groupes d'acteurs (acteurs de la mutuelle, population bénéficiaire, État). Ces acteurs sont motivés par des enjeux et des intérêts différents. C'est ainsi que nous allons étudier les relations, les logiques, les contraintes qui animent les dynamiques sociales autour de la couverture maladie universelle en se basant sur la cohésion du groupe, le sentiment d'appartenance et la confiance au responsable des mutuelles de santé.

Solidarité

La solidarité est le sentiment de responsabilité et de dépendance réciproque au sein d'un groupe de personnes qui sont moralement obligées les unes par rapport aux autres. Ainsi, la solidarité peut se résumer par cet aphorisme « un pour tous, tous pour un ». C'est un sentiment d'entraide, d'assistance qui existe entre les membres d'une communauté. Les travaux sur les solidarités permettent de comprendre les facteurs de cohésion et de division des sociétés modernes.

Pour saisir les liens de solidarité, Vern Bengtson et Robert Roberts (1991) proposent six types de solidarité : la solidarité structurelle (la cohabitation ou la proximité géographique), la solidarité associative (la fréquence des contacts), la solidarité fonctionnelle (l'étendue de l'échange d'aide donné ou reçu), la solidarité affective, la solidarité consensuelle (concordance d'opinions) et la solidarité normative. Dans cette structuration, nous pouvons distinguer deux types d'aides : les aides directes (dons, prêts) et les aides indirectes (cohabitation, garde des enfants). Au Sénégal, une fois mariés, avant ou après la naissance des enfants, les femmes peulh, wolof et sérère retournent chez leur mère pendant quelques mois pour bénéficier d'un soutien affectif et matériel

(soins à l'enfant, repos de la mère). Dans le contexte africain, Vuarin (1994) expose les résultats d'une enquête réalisée à Bamako sur les solidarités sociales. L'auteur rappelle que les systèmes de protections sociales prônés par le BIT ne semblent pas praticables en Afrique de l'ouest parce que seule une minorité de la population travaille dans le secteur formel. La grande majorité qui évolue dans le secteur informel n'a pas accès à un système d'assurance maladie. Cette population a développé des mécanismes de prise en charge collective des risques. Ainsi, l'auteur souligne que ces mécanismes peuvent constituer la base d'un système de prise en charge des risques. Cependant, la solidarité est marquée par un caractère général (les gens sont intégrés dans un ou des collectifs) mais elle est aussi sélective. En d'autres termes, elle se limite à un cercle restreint ou à un groupe bien déterminé qui partage des valeurs, des croyances. Par conséquent, les personnes exclues de ses collectifs ne bénéficient pas de l'entraide du collectif. L'auteur montre que cette exclusion peut constituer un frein au système de protection sociale généralisé. Cependant, en étudiant les cérémonies de baptême à Bamako, Vuarin met en évidence le rôle important des institutions d'entraide traditionnelles. Lors des cérémonies de baptême, la mère de l'enfant reçoit des dons de la part de la belle famille, de sa famille, de ses amis, des voisins. La contribution peut être en nature ou en argent. Le nom de chaque contributeur est inscrit dans un cahier. Ceci pour permettre à la mère de l'enfant de faire le compte à la fin de la cérémonie, car « chaque offrande est l'appel à un contre don ». Vuarin rapporte que ces réseaux peuvent se mobiliser pour régler un problème de santé de ses membres. Mais il émet une réserve quant à l'efficacité des réseaux de solidarité sur la protection sociale. Il affirme qu'un vaste réseau peut assurer à ses membres une couverture sociale. En effet, un vaste réseau fait appel aussi à de lourdes dépenses qui constituent un fardeau pour les pauvres. Ces derniers ne peuvent compter que sur des réseaux étroits alors que les riches ont des réseaux très vastes. Ce qui nous pousse à dire que le capital social intervient dans l'adhésion à un réseau. De fait, cette distinction contribue à la pérennisation des inégalités sociales. Nous avons interrogé les systèmes de solidarité existants dans une communauté rurale

Représentation sociale

Le concept de représentation sociale est aussi un concept essentiel en sciences sociales. Durkheim propose le concept de représentations collectives à la fin du 19e siècle. Selon l'auteur « la vie collective, comme la vie mentale de l'individu, est faite de représentations, il est donc présumable que représentations individuelles et représentations collectives sont, en quelques

manière, comparables » (Durkheim, 1898). En parlant de représentations collectives, l'auteur fait apparaître une idée de contrainte sur l'individu. En effet, la société impose à l'individu une manière de penser et d'agir à travers des institutions. Il explique que chaque individu a une représentation individuelle mais partage des représentations avec sa communauté, ce qu'il appelle représentation collective notamment les religions, les valeurs, les croyances, la culture. Il distingue les représentations individuelles des représentations collectives. En résumé, Durkheim montre la primauté de social sur l'individu. Ce concept de représentation collective est caractérisé par sa stabilité et n'est pas facilement transformable. Elles doivent avoir une « certaine gravité » pour « affecter l'assiette mentale de la société » (Durkheim 1968).

Ce concept est repris et transformé au 20^{ème} siècle par un psychologue social, Serge Moscovici afin de l'adapter aux sociétés contemporaines. Il propose le concept de représentation sociale (Moscovici 1976). Il montre l'émergence de groupes sociaux qui ont des représentations différentes. En effet, les représentations sociales changent, évoluent, et ne sont pas forcément partagées par les membres d'une société. Selon Moscovici, trois dimensions composent une représentation sociale : l'attitude, l'information et le champ de représentation. L'attitude exprime le positionnement qui peut être positif ou négatif, d'un individu par rapport à un objet. L'information c'est l'ensemble des connaissances sur l'objet de la représentation. Elles peuvent être variées, plus ou moins fondées et stéréotypées. Quant au champ de représentation, il est constitué d'éléments cognitifs et affectifs, il s'agit d'informations organisées et structurées sur l'objet de représentation. En somme, les représentations sociales sont la construction théorique naïve sur un objet.

A la suite de Moscovici, de nombreux chercheurs vont s'intéresser au concept de représentation sociale avec des niveaux d'interprétations différents. Rouquette (1997) définit une représentation sociale comme la « façon de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer de l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos ». L'auteur situe historiquement une représentation sociale et son appropriation par un groupe bien défini. Ceci nous pousse à nous demander : à quoi sert une représentation sociale ? Pourquoi avons-nous besoins de ses représentations ? À ces différentes questions, nous allons apporter une tentative de réponse. En effet, les représentations sont une forme de « connaissance du sens commun ». C'est une explication que les individus donnent à un objet social. Ceci permet

de savoir comment se comporter vis-à-vis de l'objet et de comprendre la dynamique sociale à l'égard de l'objet.

A partir de ces différentes définitions, nous allons nous intéresser ici à l'approche socio-anthropologique qui s'inspire des travaux de Moscovici. Dans cette approche, les chercheurs essaient d'expliquer les représentations à travers les interactions sociales. Denise Jodelet définit la représentation sociale comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». En outre, les représentations sociales sont liées à des pratiques sociales vis-à-vis de l'objet. Nous pouvons dire que les représentations sociales permettent de mieux comprendre les individus et les groupes en analysant la façon dont ils se présentent. En effet, les représentations sociales se constituent d'un ensemble de savoirs, de connaissances, d'opinions socialement élaborés qui régissent un groupe social. Il est possible que les représentations sociales soient moins objectives mais traduisent les opinions d'un groupe.

1.6.2. Modèle théorique

Pour mieux appréhender la question de la protection sociale à travers les initiatives de gratuité, une couverture par les mutuelles de santé, des approches ont été élaborées par des économistes, des sociologues, des anthropologues pour ne citer que cela. La question de la couverture santé universelle étant une priorité internationale et nationale, des approches et des méthodologies ont été développées afin de rendre le concept de CMU opérationnel. Dans ce mémoire, pour expliquer les logiques qui sous-tendent la dynamique et le jeu des acteurs dans la mise en œuvre et la disponibilité des services dans le cadre de la CMU, nous allons faire appel à l'analyse systémique et stratégique de Crozier et Friedberg. Un petit rappel de la notion de système, c'est une unité opérationnelle ou un ensemble d'éléments qui interagissent selon des règles et des principes. Crozier parle de « système d'action concrète » où ce sont les acteurs qui créent le système, régulé par des règles formelles et informelles. L'approche de Crozier et Friedberg repose sur le postulat que dans un système où les acteurs interagissent, il y a des stratégies et des jeux de pouvoirs qui se créent. En effet, tous les acteurs indépendamment de leur position ont un pouvoir sur le système qui peut être lié à la position hiérarchique, à la connaissance ou à l'information. Autrement dit, les acteurs ont des aptitudes stratégiques leur permettant d'effectuer une action de manière rationnelle. L'acteur est doté d'une certaine liberté qui lui permet d'avoir

une marge de manœuvre même s'il a une rationalité limitée. De plus en plus, les recherches en sciences sociales utilisent l'approche systémique pour mieux appréhender les programmes mis en œuvre dans différents contextes parce qu'elle permet d'interpréter les relations entre acteurs dans un contexte bien déterminé.

L'approche de l'interaction symbolique soutient que la participation d'une personne à un groupe dépend largement de la compréhension qu'il a du mode de fonctionnement et des pratiques du groupe. De ce fait, pour comprendre cette approche, nous mettons en exergue deux concepts : l'homme et l'organisation sociale. Ces deux concepts sont en interaction dans la société. Cependant, la théorie de l'interaction symbolique pense que la société est construite par l'interprétation humaine. Ce postulat a des limites concernant notre objet d'étude. Au sens où, il ne permet pas de prendre en compte l'influence des institutions internationales sur les interactions et la formation des perceptions des acteurs sur la mise en œuvre d'un programme.

Ainsi, dans cette étude, l'analyse systématique de Crozier et Friedberg semble plus pertinente dans la mesure où elle nous permettra de mettre en évidence les stratégies des acteurs (professionnels de santé, agents mutualistes, bénéficiaires) pour contourner les contraintes liées au dispositif en mettant en place des stratégies d'adaptations.

Chapitre 2 : cadre méthodologique

Dans ce chapitre nous allons exposer les techniques d'investigations utilisées

2.1. Site d'études, calendrier et échantillonnage

L'étude a été réalisée dans la région de Fatick plus précisément dans l'arrondissement de Niakhar qui compte les communes de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar Sine. Cette étude qualitative concerne le centre de santé de Niakhar, le poste de santé de Ngayokhème, le poste de santé de Patar Sine de même que leurs mutuelles de santé respectives. Nous avons aussi été au service régional de la couverture maladie universelle de Fatick et l'union départementale des mutuelles de santé.

La réalisation de cette étude s'est déroulée sur différentes étapes, une phase de conception des outils, une phase d'enquête de terrain et une phase d'analyse des données.

2.2. Conception des outils de collecte

Dans cette étape nous avons élaboré sur la base des objectifs de recherche, les guides d'entretiens destinés aux professionnels de santé, aux acteurs régionaux en charge de la CMU, aux personnels des mutuelles, aux bénéficiaires de la mutuelle, aux bénéficiaires des initiatives de gratuité et aux bénéficiaires du programme national de la bourse de sécurité familiale. Au total, six guides d'entretiens ont été élaborés. Ces outils ont fait l'objet d'un pré-test.

2.2.1. Phase exploratoire

Cette étape s'est déroulée du 20 mai au 04 juin 2019. Elle consistait en une visite des lieux, suivie d'un inventaire des acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. Ainsi, nous avons visité le centre de santé de Niakhar, les postes de santé de Ngayokhème et de Patar Sine et leurs mutuelles de santé respectives. Dans toutes ces structures, nous avons rencontré les responsables et présenté l'autorisation administrative, la lettre d'introduction et une notice d'information. À la fin de cette étape, nous avons pris rendez-vous avec les personnes ressources et consolidé nos guides d'entretien.

2.2.2. L'enquête proprement dite

Elle s'est déroulée du 15 juin au 01 juillet 2019 et du 23 décembre au 16 janvier 2020. Elle consistait à réaliser une série d'entretiens semi-directifs avec la population cible en présence

d'une personne ressource qui jouait le rôle d'interprète. Au total, trois mutuelles de santé, trois structures sanitaires, le service régional de la CMU et l'union départementale des mutuelles de santé ont été enquêtés. En résumé 58 entretiens et un focus group ont été réalisés dont 06 avec les acteurs régionaux de la CMU, 09 avec les professionnels de la Santé, 06 gérants/PCA, 14 avec bénéficiaires mutuelles, 6 avec non adhérents, 12 avec bénéficiaires de PNBSF et 05 avec les bénéficiaires de la gratuité.

2.3. Le traitement et l'analyse des données

A la fin de l'enquête de terrain, nous avons procédé à la retranscription exhaustive des entretiens et à la rédaction d'un premier rapport de données. Les entretiens retranscrits ont fait l'objet d'une analyse thématique à travers une approche déductive et inductive. L'approche déductive consistait à créer des codes à partir des thématiques développées dans les guides d'entretiens. L'approche inductive reposait sur la création de nouveaux codes au fur et à mesure que l'on avançait dans la codification. Ces codes sont créés sur la base des verbatim. A cela nous avons combiné une analyse descriptive.

Les entretiens retranscrits et nettoyés ont été transférés dans le logiciel Atlas ti 9 pour une codification.

2.4. Outils et techniques utilisés

2.4.1. Recherche documentaire

La CMU étant étudiée par diverses disciplines. J'ai choisi de me concentrer sur des ouvrages en anthropologie qui traitent 1/ de la question des dynamiques sociales, 2/ de la mise en place des dispositifs de couverture sanitaire au niveau international et au Sénégal. Pour m'aider dans cette entreprise, internet a été un outil indispensable me permettant d'avoir accès à une diversité d'articles et ouvrages sur la CMU. J'ai utilisé aussi la base de données Zotero, qui est bien fournie en document dans le cadre du projet UNISSAHEL. La revue de la littérature a donc constitué la première étape de cette recherche nécessaire pour constituer la problématique de recherche.

2.4.2. L'entretien semi-directif

C'est la technique de collecte de données la plus utilisée en sciences sociales. Selon P. Bourdieu (1993), « [...] l'entretien peut être considéré comme un exercice spirituel, visant à obtenir, par l'oubli de soi, une véritable conversion au regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie ». Il consiste à interroger une personne sur la base d'une thématique. Il est un cadre de libre-échange entre l'enquêteur d'une part et l'enquêté d'autre part. Ainsi, dans le cadre de cette étude, nous avons procédé par entretien semi directif. Cette technique nous a permis de vérifier mais aussi d'approfondir les informations sur la thématique de recherche.

Nous avons utilisé un guide d'entretien pour chacune de nos cibles. De surcroît, chaque guide comporte une thématique sous forme de question globale, des sous thèmes et des questions que nous avons formulées au cours de la discussion. Les entretiens ont été menés en français, en wolof et en sérère. Toutefois, chaque entretien a influencé le suivant au sens où les réponses apportées et les questions suscitées lors d'un entretien ont été reprises dans les suivantes pour confirmation.

Les thématiques ont été adressées à trois catégories de personnes : les professionnels de santé, les acteurs de la protection sociale et les usagers. Le temps nécessaire à la réalisation des entretiens diffère d'une cible à une autre. Les interviews ont été menées face à face, dans le bureau ou le domicile de l'interlocuteur. L'anonymat a été préservé pour toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette étude. Pour la plupart de ces entretiens, nous avons présenté une notice d'information expliquant l'objet de l'étude et un formulaire de consentement.

2.4.3. Le Focus group

Le focus group est une méthode utilisée en sciences sociales à l'instar de l'entretien semi directif. Sa spécificité réside dans le fait qu'elle exige un certain nombre de préalables et d'exigences méthodologiques. De manière générale, un focus group peut regrouper entre 6 à 12 personnes. Le focus group permet de saisir le point de vue d'un groupe de personnes sur un sujet bien déterminé et de recueillir des avis divergents.

Nous avons eu recours à cet outil dans notre étude pour saisir les représentations des habitants de Niakhar sur le dispositif de CMU. Nous avons choisi de faire un focus group avec un groupe de huit femmes non bénéficiaires de mutuelle pour connaître les raisons de la non-adhésion à la

mutuelle. Ce choix s'explique par le fait que Niakhar dépasse de loin les autres communes en termes d'adhérence à la mutuelle de santé. Nous avons jugé pertinent de connaître pourquoi ces femmes ne se sont pas inscrites à la mutuelle.

2.4.4. L'observation directe

Afin de compléter les informations recueillies lors des entretiens, nous avons associé une approche observationnelle au niveau des structures sanitaires. Nous avons fait des observations dans les mutuelles de santé de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar Sine pour décrire l'itinéraire des bénéficiaires de la récupération de la lettre de garantie à l'achat des médicaments en passant par la consultation dans la structure sanitaire.

En résumé, notre méthodologie de recherche s'est appuyée sur des entretiens individuels réalisés en français, en wolof, sérère, un entretien collectif (focus group) et des observations.

2.5. La population d'étude

2.5.1. Les institutions

L'enquête a été menée auprès des acteurs clés à savoir les responsables de l'agence régionale de la couverture maladie universelle de Fatick, le responsable du service régional de l'action sociale de Fatick, le coordonnateur de l'ONG ACDEV, opérateur social du PNBSF, les chefs de villages de Ngayokhème et de Patar Sine sur les initiatives de gratuité des soins, les mutuelles de santé et les bourses de sécurité familiale.

2.5.2. Les professionnels de santé

Nous avons interrogé le médecin chef de district de Niakhar, les ICP de Ngayokhème et Patar Sine, les sage-femmes, les agents de santé communautaire, les dépositaires de pharmacie et le point focal CMU. En résumé tous les prestataires de santé qui interviennent dans la mise en œuvre de la CMU.

2.5.3. Les bénéficiaires de la mutuelle/ Non bénéficiaires

Pour atteindre notre cible d'étude, d'une part nous avons fait appel aux gérants des différentes mutuelles qui nous ont donné une liste de quelques bénéficiaires de mutuelle et de bourse de sécurité familiale. La plupart de nos entretiens se sont déroulés au domicile des enquêtés. Les bénéficiaires de mutuelles/non bénéficiaires/ bourses familiales sont pour la plupart des femmes

qui nous ont reçues chez elles. Ce qui nous a permis d’observer leur lieu d’habitation. D’autre part, nous avons rencontré les autres bénéficiaires au sein des différentes structures sanitaires.

2.5.4. Les gestionnaires/ PCA de mutuelle

Nous avons privilégié les gérants des trois mutuelles du fait de leurs connaissances en termes de gestion de mutuelle. Ainsi nous avons abordé les questions relatives aux fonctionnements et difficultés de la mutuelle.

Tableau 1: Bilan de la collecte

Cibles	Entretiens	Focus
Professionnels de la santé	09	-
Acteurs régionaux de la CMU	06	-
Responsable mutuelle	06	-
Bénéficiaire politique de gratuité	05	-
Bénéficiaire mutuelle	14	-
Bénéficiaire de Bourse de sécurité familiale	12	-
Non bénéficiaire de mutuelle	06	1 (avec 08 femmes)
Total	58	1

Pour permettre une retranscription fidèle des propos de l’enquêté, les entretiens ont été enregistrés à l’exception d’une personne qui a refusé d’être enregistrée et pour laquelle nous avons pris des notes. Ensuite des pseudonymes ont été attribués à chaque entretien. Enfin une analyse de contenu a été réalisée.

2.6. Difficultés rencontrées

Il est noté des difficultés relatives à l’absence de certaines données sur les mutuelles de santé (registre des adhésions non à jour, l’absence de rapport sur le remboursement des prestations).

L’autre difficulté était liée à la langue de communication avec certaines personnes ne parlant que sérère. La majorité des enquêtés étaient plus à l’aise avec cette langue pour répondre à nos questions. Nous avons fait appel à une traductrice qui a aussi joué le rôle de facilitatrice en m’accompagnant dans les différents lieux d’enquêtes.

Nous avons eu des difficultés à accéder aux communes de Ngayokhème et de Patar Sine. Aucun véhicule n'assure la liaison. Nous avons fait plus de 8 km à bord d'une moto sur des pistes sablonneuses, évitant de peu des collisions avec les charrettes qui empruntent ces piste

Deuxième partie : Cadre Analytique

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats sur les trois mutuelles de santé, les deux initiatives de gratuité, les bourses de sécurité familiale, la carte d'égalité des chances et le point de vue des acteurs sur la couverture maladie universelle. Cette partie est constituée en chapitre 3 : Description de la zone de l'étude, Chapitre 4 : organisation du dispositif de CMU à Niakhar, chapitre 5 : Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé, chapitre 6 : la prise en charge de la cotisation des adhérents aux mutuelles de santé et catégories de bénéficiaires, chapitre 7 : Analyse sur les adhésions et connaissances des mutuelles de santé communautaire, chapitre 8 : la prise en charge des personnes vulnérables : le programme national de la bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité des chances et chapitre 9 : Représentations sociales des acteurs sur le dispositif de CMU dans l'arrondissement de Niakhar

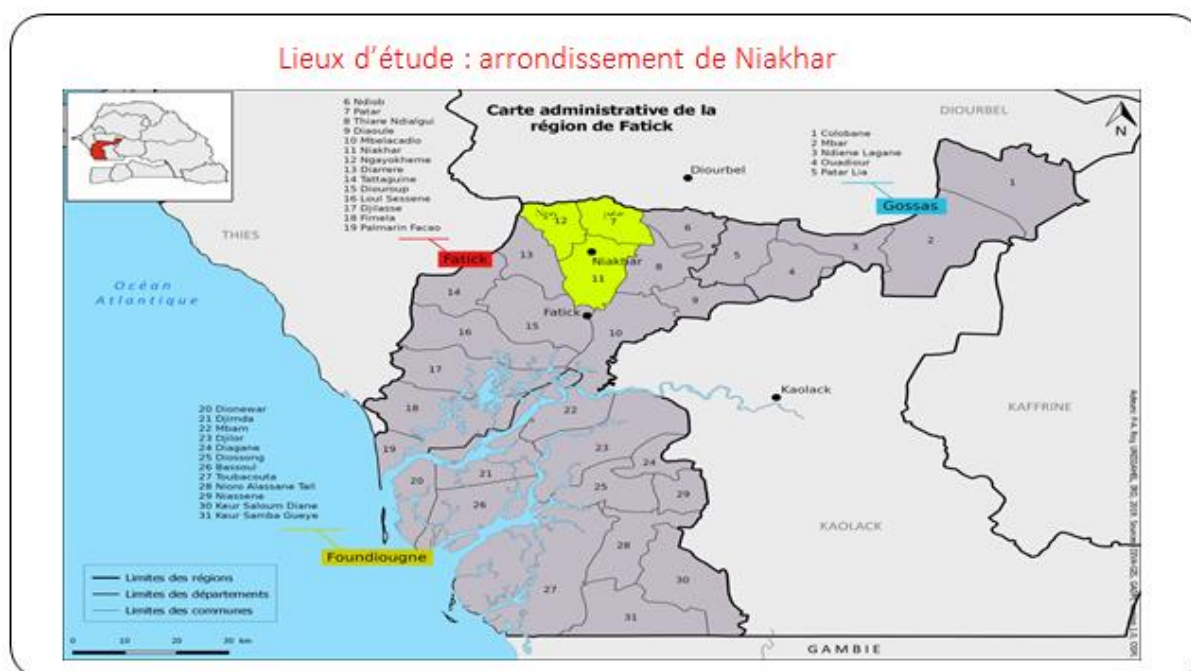
Chapitre 3 : Description de la zone d'étude

Créée en 1984 par la loi 84-22 du 22 février 1984 divisant l'ancienne région du Sine Saloum en deux entités administratives distinctes (Kaolack et Fatick), la région de Fatick couvre une superficie de 6 685km² (ANSD/SRSD Fatick, 2018).

Au plan géographique, elle est limitée à l'Est par la région de Kaolack, à l'Ouest par l'Océan Atlantique, au Nord par la région de Diourbel, au Nord-Ouest par la région de Thiès, au Sud par la Gambie. Elle compte trois départements Fatick, Gossas, Foundiougne, 10 arrondissements de Diakhao, Fimela, Tattaguine, Djilor, Niodior, Toubacouta, Colobane, Mbadakhoune, Ouadiour, et Niakhar.

3.1. Situation géographique de l'arrondissement de Niakhar

Figure 1: lieux d'études: arrondissement de Niakhar



Légende: en couleur jaune sur la carte, l'arrondissement de Niakhar

Cette étude a pour cadre géographique l'arrondissement de Niakhar. Il est situé au Nord du département de Fatick à 150 km à l'Est de Dakar et compte trois communes que sont la commune de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar sine. Il compte 71 villages, 1 centre de santé et 9 postes de santé.

La zone d'étude, Niakhar, est un arrondissement constitué majoritairement de sérères. La langue la plus parlée dans cette communauté est le sérère et l'unité résidentielle est de type « composée » qui comprend un ou plusieurs ménages regroupant les membres d'une famille élargie. Actuellement, les bâtiments modernes fabriqués en béton et ciment tendent à remplacer les habitations traditionnelles.

La société sérère est marquée par un syncrétisme religieux où cohabitent, l'islam, le christianisme et les croyances animistes (Gning, 2018). Dans ce contexte, la santé est perçue comme le résultat du respect des normes préétablies. Le non-respect des prescriptions sociales peut entraîner des maladies. Cette construction subjective de la maladie est d'autant plus pertinente, parce qu'elle oriente le choix du parcours thérapeutique. En d'autres termes, le choix du recours thérapeutique dépend de la perception que la population se fait de la maladie. Dans cette société, où l'agriculture est la principale source de revenu et où les relations interpersonnelles organisent la vie sociale, « la maladie est vécue comme une menace sociale » et fait appel à des ressources financières.

3.1.1. Description de la commune de Niakhar

La commune de Niakhar compte 32 villages. Elle est située à l'ouest du Sénégal, sur la route reliant Fatick à Bambey à 135 km de Dakar. La commune s'étend sur 186 km² et comptait en 2018, 28382 habitants. Elle abrite un observatoire de la population de 200 km² (Ouvrier 2018). L'observatoire de Niakhar a été créé en 1964 par un démographe, Pierre Cantrelle. Dès lors, Niakhar est devenue une zone de recherches pluridisciplinaires.

Les principales activités sont l'agriculture, l'élevage, le commerce, la menuiserie métallique et en bois.

3.1.2. Présentation du centre de santé de Niakhar

La commune de Niakhar abrite un district sanitaire qui couvre une population de 91600 habitants en 2018 (MSAS 2019). C'est un grand centre constitué de nouveaux bâtiments. Il offre divers services : consultation, laboratoire, odontologie, imagerie, maternité. Tous les lundis, c'est jour de marché à Niakhar les villageois viennent vendre leurs produits et en profitent pour passer au centre pour une consultation ou des examens.

3.2. Description de la commune de Ngayokhème

La commune de Ngayokhème est localisée dans la partie Ouest de l'arrondissement de Niakhar, du département de Fatick, région de Fatick. Elle est composée de 18 villages et s'étend sur une superficie de 112 km² représentant respectivement 27% de celle de l'arrondissement. Elle est limitée

- Au nord, par l'arrondissement de Ngoye (département de Bambey)
- A l'ouest, par les arrondissements de Tattaguine et Fissel
- A l'est, par la commune de Patar
- Au sud, par la commune de Niakhar

La commune de Ngayokhème compte 27.324 habitants. La population est composée à 94% de sérères, ethnie majoritaire dans l'arrondissement de Niakhar. A Ngayokhème, les sérères cohabitent avec les wolofs et les peulhs. Cette commune est découpée en deux zones : la zone de Toucar et la zone de Ngayokhème.

- **La zone de Toucar** : correspond à la partie Ouest de la commune. Elle comprend 9 villages. C'est une zone d'accès difficile surtout pendant l'hivernage. Elle est reliée aux autres villages par des pistes sablonneuses.
- **La zone de Ngayokhème** : correspond à la partie Est de la commune. Elle comprend aussi 9 villages. La commune de Ngayokhème dispose d'infrastructures telles que : un poste de santé, un marché hebdomadaire (tous les mardis) et des écoles.

La végétation de la commune est semi-arborée avec des espèces telles que : l'accacia abbida (kadd), le baobab, le nger.

Les activités de production dominantes en saison hivernale sont le mil et l'arachide. En saison sèche, la population s'adonne à d'autres types d'activités. Les femmes privilégient le petit commerce (vente à l'étalage, marché hebdomadaire), les hommes se tournent vers l'artisanat (maçon, tailleur, forgeron, menuiserie). Le transport en moto taxi devient la principale source de revenu des jeunes.

3.2.1. Présentation du poste de santé de Ngayokhème

Le poste de santé de Ngayokhème est constitué de deux vieux bâtiments. Le premier bâtiment juste à l'entrée est l'infirmier, le deuxième situé au milieu de la cour abrite la maternité. Le poste compte une salle de pansement, le bureau de l'infirmier chef de poste (ICP), le bureau de la sage-femme, une grande salle pour les suites de couches, une salle de « constante », deux salles de surveillance, un dépôt de pharmacie. Le personnel du poste comprend un infirmier chef de poste (ICP), une sage-femme, un responsable du dépôt pharmaceutique (le dépositaire), deux matrones, trois assistants de santé communautaires (ASC), deux agents d'entretien et un gardien.

Au mois de décembre 2019, le poste de santé a enregistré pour la consultation infirmier 234 patients adultes, 67 patients âgés de 0-5ans, 25 consultations post-natales, 22 consultations prénatales (CPN), 5 grossesses à risque.

Le poste de santé de Ngayokhème enregistre beaucoup de patients durant les mardis, jour de marché hebdomadaire.

3.3. Description de la Commune de Patar Sine

La commune de Patar Sine comprend 21 villages. Elle fait partie de l'arrondissement de Niakhar. Elle comptait en 2018, 28 438 habitants. La commune de Patar Sine est limitée à

- L'Est par la commune de Thiaré (arrondissement de Ndiob,
- L'Ouest par l'arrondissement de Ngayokhème,
- Au Nord par la commune de Ngoye (arrondissement de Ngoye dans le département de Bambey)
- Au Sud par la commune de Niakhar.

La commune a une superficie de 112 km² qui correspond à 27,31% de la superficie totale de l'arrondissement de Niakhar.

L'activité dominante est l'agriculture. Elle est la principale source de revenu des ménages de Patar Sine avec 93% (Touré, 2019). L'agriculture est de type traditionnel, pratiquée pendant l'hivernage. Les principales productions sont le mil, le maïs et l'arachide (ANSD, 2015). A l'instar des autres communes de Fatick, la population de Patar Sine pratique l'agriculture. L'élevage de bovins, d'ovins, d'équins, d'ânes est pratiqué. Les chevaux et les ânes sont utilisés

pour le transport et la culture ; bœufs, chèvres et moutons sont parfois vendus dans les marchés hebdomadaires.

Avant d'être érigées en commune, les communautés rurales de Patar Sine et Ndiob ont créé une mutuelle de santé qui couvrait leurs populations respectives.

3.3.1. Description du poste de santé de Patar Sine

Le poste de santé de Patar Sine a été créé en 1974. Il est délimité par un mur en dur. Le poste comprend quatre bâtiments. Le premier bâtiment se situe juste à l'entrée, il abrite le dépôt de pharmacie. Le deuxième bâtiment, en face de l'entrée, est destiné à la consultation infirmier. Il compte le bureau de l'ICP, le guichet, une salle de pansement, une salle d'hospitalisation, juste à côté du deuxième bâtiment, un ancien bâtiment sert de logement à la sage-femme. Le quatrième est un nouveau bâtiment qui se trouve à l'extrême gauche. Il abrite la maternité. Ce bâtiment comprend trois pièces, une salle d'accouchement, une salle de suite couche, et un bureau des matrones. Le poste de santé est composé d'1 ICP, 1 sage-femme, 2 matrones, 2 ASC, 1 chauffeur, 1 gardien, 4 agents d'entretiens.

Le poste de santé enregistre tous les samedis un grand nombre de patients. Le samedi est jour de marché hebdomadaire à Patar Sine. C'est l'occasion pour les villages environnants d'écouler leurs marchandises et de se rendre au poste de santé sans difficultés. Les jours de semaine, la population rencontre des difficultés pour rallier le poste de santé à cause de la non-disponibilité des charrettes qui sont utilisés pour l'agriculture et le transport. Rappelons que la population rurale utilise les charrettes pour se rendre dans une structure sanitaire.

Tous les samedis, un nombre important de charrettes stationnent devant le poste de santé de Patar Sine.

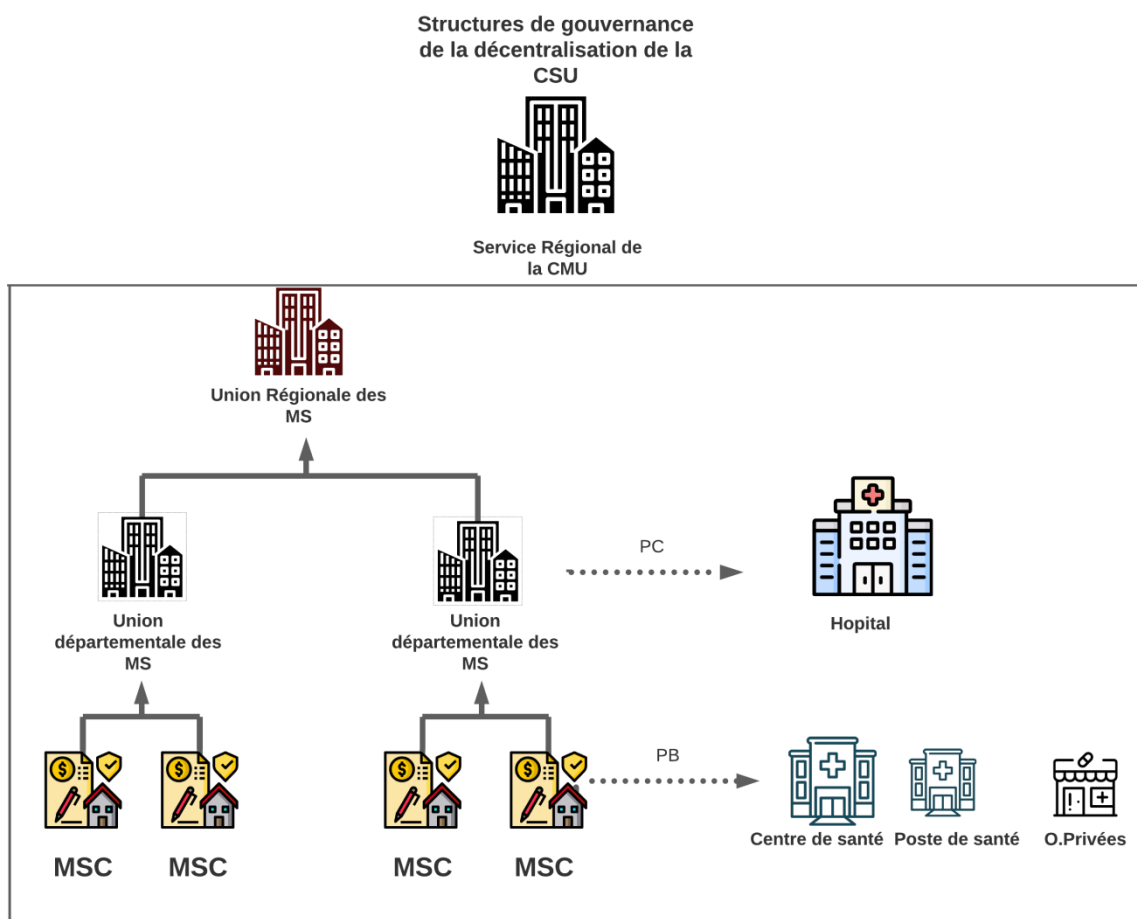
Chapitre 4 : Organisation du dispositif de CMU à Niakhar

4.1 Organisation du dispositif

Dans ce chapitre, nous présenterons les éléments constitutifs de la CMU et des acteurs qui y interviennent.

4.2. Au niveau régional

Figure 2: organisation régionale de la CMU



Source : Données de terrain (Unissahel), Cheikh Mouhamadou Falilou Mbacké Fall (2020)

Le service régional de l'agence de la couverture maladie de Fatick est l'instance qui met en œuvre le programme dans la région. Elle a comme mission de promouvoir les mutuelles de santé et de renforcer les initiatives de gratuité. En appui, une union régionale des mutuelles de santé et

trois unions départementales ont été créées. Les unions départementales couvrent le paquet complémentaire. Le service régional couvre 24 mutuelles de santé communautaire.

Il comprend :

- Une unité d'assistance médicale,
- Une unité d'assurance maladie,
- Une unité d'administration et de finance.

Le service régional de la couverture maladie universelle aide les mutuelles à obtenir un agrément et à nouer des partenariats avec des ONG, collectivités locales ou acteurs politiques. Il joue le rôle d'intermédiaire entre l'État, les mutuelles et les structures sanitaires. Il se charge de récupérer les demandes de subventions annuelles des mutuelles qu'il transmet à l'agence nationale de la couverture maladie universelle. La subvention et le remboursement des prestations passent par le service régional avant d'être acheminés au niveau des mutuelles de santé.

Le service régional joue aussi le rôle de régulateur comme l'illustre ses propos :

« Quand la mutuelle a des difficultés à prendre en charge des patients nous avons une sorte d'entraide qu'on appelle fonds de garantie. Le but est que les mutuelles qui ont une disponibilité financière plus aisée puissent aider ceux qui ne l'ont pas afin de ne pas arrêter les prestations au niveau de la région » (chef de service de la CMU Fatick, 2019).

Le fonds de garantie est un mécanisme de protection géré au sein des services de la CMU (Service régional, Unions départementales) pour appuyer les mutuelles en difficultés financières. Il s'agit d'un fond alloué à la mutuelle lorsque celle-ci n'arrive pas à rembourser les prestations offertes aux bénéficiaires. C'est en quelque sorte une stratégie de redressement. En 2018, la mutuelle de Ngayokhème a sollicité un fonds de garantie qui lui a permis de rembourser les prestations offertes par les structures sanitaires conventionnées.

4.2.1. La promotion des mutuelles de santé

Pour faire face aux difficultés organisationnelles et techniques, des organisations fédératives à savoir l'union régionale et l'union départementale des mutuelles de santé ont été mises en place pour faciliter la concertation, l'échange d'expériences au niveau de la région. Elles participent aussi au renforcement des capacités humaines avec l'organisation d'ateliers de formations en

gestion, en outils informatiques destinées au personnel de mutuelle dans le but d'unifier les outils de gestion (SR CMU 2020).

L'union départementale de Fatick couvre 17 mutuelles de santé. Dès la mise en place, un atelier de formation sur la gestion administrative et financière a été organisé à l'endroit des gérants, PCA et trésoriers de mutuelles sur la gestion administrative et financière. De manière générale, d'abord sur le plan administratif, elle encadre la gestion du registre de prestations, de cotisations, de suivi; ensuite sur le plan financier, elle contrôle la gestion financière des outils de caisse et des outils de banque; enfin sur le plan social, elle accompagne la politique de communication auprès des différents acteurs et des plaidoyers au niveau de la collectivité locale afin que les mutuelles puissent bénéficier d'un soutien tel que préconisé dans l'acte 3 de la décentralisation.

L'union départementale reçoit un rapport trimestriel dans lequel figure le nombre d'adhérents, de bénéficiaires couverts partiellement par l'État, de bénéficiaires BSF, de bénéficiaires à jour ainsi que les prestations offertes à ses bénéficiaires. Il arrive parfois que les mutuelles n'envoient pas le rapport. Dans ce cas, le responsable de suivi de l'union départementale fait une visite inopinée.

Le service régional intervient aussi dans la promotion des mutuelles de santé avec la tenue régulière d'activités de sensibilisation dans les communes. Comme c'est le cas dans la commune de Ngayokhème.

« Il y a quelques mois (environ six mois), dans la commune de Ngayokhème, nous avons fait appel à tous les agents de promotion. Ils étaient au nombre de 08 et chaque jour pendant une à deux semaines avec les agents du service régional ils descendaient sur le terrain et faisaient des VAD auprès de la population. Nous identifions également les groupements de femmes au niveau de la commune et une fois ce travail fait, les agents de promotion de Ngayokhème en compagnie des relais communautaires vont faire de la sensibilisation auprès de ces groupements. La sensibilisation n'est jamais suffisante, nous en sommes conscients et nous faisons un gros travail dessus mais pour le moment nous n'avons pas encore le résultat escompté » soutient le chef de service de la CMU de Fatick.

Le service régional implique les professionnels de santé, les groupements de femmes et de jeunes dans les activités de sensibilisation. Ces activités se font en deux phases : une période allant de mai à juin, c'est la phase préparatoire. Pendant cette période, la sensibilisation porte sur les avantages d'adhérer à une mutuelle de santé et de bénéficier d'une assurance maladie. C'est l'occasion de donner toutes les informations sur le mode fonctionnement des mutuelles et l'esprit de solidarité qui l'anime.

La deuxième phase va de décembre à février, encore appelé « période propice » pour mener les activités. Cette période correspond à la vente des produits issus de la récolte. Pendant cette phase, la sensibilisation s'accroît sur le versement des frais d'adhésion et le recouvrement cotisations.

4.2.2. Les initiatives de gratuité

Le service régional de la couverture santé de Fatick accompagne les structures sanitaires de la région dans la mise en œuvre et l'application effective des initiatives de gratuité. En collaboration avec la région médicale, il vérifie la conformité des factures avant de les acheminer au niveau national. Cette opération consiste à envoyer des agents dans les structures sanitaires pour comparer la liste des prestations transmises pour paiement et les services offerts. En d'autres termes, il s'agit de vérifier et contrôler l'effectivité. Exemple : est-ce que l'enfant x inscrit sur la demande de remboursement a bénéficié des services.

« Est-ce que l'enfant D.F que nous avons inscrit sur la liste de demande de remboursement figure dans le registre de consultation, des analyses, labo ou autre. Montrer est ce qu'il y a un ticket qui confirme que la prestation a été offerte. » (Médecin chef de district de Niakhar, 2020).

Dans cette tâche, le service est appuyé par la région médicale à travers un médecin conseil qui facilite le traitement des factures. Il arrive aussi qu'avec le retard des remboursements notamment pour le plan sésame et la gratuité enfants 0-5ans, le service fasse appel à une équipe de médecin du niveau national pour le traitement des factures. Lors d'une de nos visites au service en 2019, nous avons rencontré sur place une équipe venue de Dakar qui était chargée de traiter les factures.

4.3. Au niveau communal

Dans l'arrondissement de Niakhar, l'étude a été réalisée au niveau du centre de santé de Niakhar et des postes de santé de Ngayokhème et de Patar Sine. Dans ces formations sanitaires, l'application des initiatives de gratuité diffère.

4.3.1. Au centre de santé de Niakhar

La commune de Niakhar abrite un district sanitaire qui couvre l'arrondissement. La structure offre des services aux enfants de 0-5 ans, aux personnes âgées à travers le plan sésame et aux bénéficiaires de mutuelle.

4.3.1.1. La gratuité des enfants de 0-5ans

Le centre de santé de Niakhar reçoit en consultation un grand nombre d'enfants de 0-5 ans. Les parents / tuteurs d'enfants se présentent au guichet avec le carnet de santé de l'enfant. Un ticket de consultation gratuit portant le cachet CMU est remis à l'accompagnant. Cette dernière passe à la salle de consultation et en sort avec une ordonnance CMU. Cette ordonnance est présentée au dépositaire qui offre les médicaments s'ils sont disponibles.

Le médecin chef du district affirme que les services de médecine générale, de laboratoire, le cabinet dentaire ainsi que la pharmacie sont offerts aux bénéficiaires. Cependant, nos observations montrent que les bénéficiaires ont accès, le plus souvent, aux services de la médecine générale et dans certains cas de la pharmacie. Ceci peut s'expliquer par le fait que les enfants viennent souvent avec des affections bénignes qui ne nécessitent pas une prise en charge complexe. L'autre aspect est relatif à la non-disponibilité des médicaments pédiatrique à la pharmacie. Le chef de service l'explique à travers ses propos :

« Deux causes sont à l'origine de ce problème, la première cause est le retard de remboursement. C'est grâce au remboursement qu'on peut acheter des médicaments. Si je dois continuer à acheter des médicaments pour les offrir et je ne reçois pas de remboursement, alors que d'un autre côté je peux acheter des médicaments que je peux vendre et renforcer le dépôt... je pense que le choix est assez vite fait. Donc il y a un minimum qu'on amène en sirop c'est vrai mais il faut reconnaître qu'on ne peut plus avoir cette disponibilité totale que nous avions avant. La deuxième cause, c'est les difficultés auxquelles est confrontée la pharmacie nationale d'approvisionnement. Ils ont des difficultés à approvisionner les structures en médicament parce que les structures de santé leur doivent de l'argent. Rien que le district de Niakhar doit à la PNA 4 millions. Les structures de santé rencontrent aussi des difficultés financières qui les empêchent de payer les agents communautaires qui sont là. Je me demande quelle entreprise peut continuer à offrir des services après 3 ans de non-paiement. C'est parce que c'est une directive du chef de l'État et du ministère, nous n'avons pas vraiment le choix. » médecin chef district de Niakhar. »

En 2019, le dernier remboursement reçu remontait en avril 2017, ce qui constitue un retard de trois ans. Cette situation conduit au non-renouvellement de stock de médicaments et au non-paiement des indemnités des agents de santé communautaires. En effet, les structures sanitaires expliquent la baisse des indemnités qui est passé de 25000 FCFA à 15000 FCFA par le non remboursement d'argent. Il agit aussi sur l'offre de service qui devient partielle comme en illustre ses propos : « nous sommes obligés de limiter les médicaments pour enfants... pour les enfants nous avons seulement amoxicilline 250 mg, amoxicilline 125 mg » dépositaire du CS de Niakhar. Cet extrait d'entretien montre une gratuité très limitée.

C'est une des stratégies d'adaptation qui consiste à ne pas s'approvisionner en médicaments pour enfants. L'autre est de rendre payantes les consultations les week-ends et jours fériés pour les enfants comme en témoigne cette femme : « j'ai acheté le ticket de consultation de mon enfant à 1000 FCFA ». Les propos de cette femme montrent un décalage entre la politique et l'application dans les structures sanitaires. La population a connaissance de la gratuité des enfants de 0-5ans mais face au refus des structures sanitaires, elle est obligée de payer pour bénéficier des services.

C'est en quelque sorte un contournement de l'initiative de gratuité qui est passée sous silence parce que les prestataires de santé affirment que le service est gratuit du lundi au dimanche.

En outre, nos observations montrent que la prise en charge des enfants de 0-5 ans n'est pas effective. Elle se limite finalement au ticket de consultation.

4.3.1.2. Le plan sésame

Au centre de santé de Niakhar, les personnes âgées de 60 et plus doivent obligatoirement présenter une copie de la carte nationale d'identité au guichet pour bénéficier du plan sésame. Un ticket de consultation gratuit et une fiche leur sont remis par le médecin. Par rapport à la pathologie, ces personnes peuvent bénéficier des services de la médecine générale, du laboratoire et de la pharmacie.

Au sein de la structure, la procédure pour bénéficier du plan sésame semble complexe. Ceci est lié au fait que la population rurale n'a pas connaissance de la nécessité de faire une copie de la pièce d'identité. En plus, les services d'impression n'existent pas dans les villages. Alors, les rares personnes qui demandent à bénéficier du plan sésame se rendent à l'extérieur du centre pour faire une copie qui coûte 500 FCFA. Le prix de celle-ci constitue le premier frein à l'accès. L'autre aspect est lié à l'information. En effet, nos observations ont montré que les personnes âgées achètent, dans la plupart des cas, le ticket de consultation à 500 FCFA. Ils sont informés de la disponibilité du plan sésame dans le bureau du médecin et rares sont ceux qui décident de faire une copie de la pièce d'identité pour en bénéficier.

Seules quelques personnes qui ont connaissance du plan sésame bénéficient d'une prise en charge comme c'est le cas d'un homme de 65 ans, lors de nos observations, qui a bénéficié de la gratuité des médicaments.

4.3.2. Au poste de santé de Ngayokhème

4.3.2.1. Gratuité des enfants de 0-5 ans

Pour bénéficier de cette offre au poste, le carnet de santé de l'enfant est exigé. Cependant, l'offre de service aux enfants bénéficiant de la gratuité est particulière au poste de santé de Ngayokhème. Le prix de consultation de 300 FCFA n'est pas couvert par la gratuité. En effet, nos observations nous ont permis de voir qu'en réalité le ticket est vendu au parent/tuteur. Ce qui rend la gratuité partielle. L'ICP explique que les enfants de 0-5 ans peuvent consommer entre 250 000 à 500 000 FCFA/mois du budget du poste. En plus, les ruptures fréquentes de médicaments liées en grande partie au retard des remboursements de l'État rendent la gratuité quasi inexistante au poste.

4.3.2.2. Plan sésame

Au poste de santé de Ngayokhème, le plan sésame reste la politique la moins utilisée. Au cours de l'étude, les personnes âgées de 60 ans et plus ne bénéficient plus du plan sésame à cause du retard de remboursements de l'État. Les personnes âgées, sans moyens financiers pour se soigner sont dans quelques rares cas, considérées comme cas sociaux et prises en charge par le comité de santé.

4.3.3. Au poste de santé de Patar Sine

4.3.3.1. La gratuité des enfants de 0-5 ans

Au poste de santé de Patar Sine, l'offre de service aux enfants de 0-5 ans est disponible. Pour en bénéficier, le parent/tuteur présente le carnet de l'enfant au guichet. Pendant l'étude, les enfants reçus au poste ont bénéficié de la gratuité de la consultation et de quelques médicaments. Cependant, la gratuité des enfants au poste n'est pas effective. Ceci est lié à une non-disponibilité des médicaments et un retard de remboursement qui remonte à 2017. Comme c'est le cas dans la plupart des structures sanitaires.

Cependant, la population a connaissance de cette gratuité et l'utilise comme en illustre les propos de l'ICP : « Nous n'avons plus de sirop pour enfant. Dès qu'on achète les sirops, les femmes se passent le mot et en moins de 2 semaines, il ne reste plus rien à la pharmacie ».

Pour faire face à cette situation, le poste achète des médicaments à crédit au niveau du district de Niakhar ou utilise l'argent du fonds de dotation de la mairie.

4.3.3.2. Le plan sésame

Au poste de santé de Patar Sine « les personnes âgées apportent la photocopie de la pièce d'identité ; elle le présente au guichet. Après la consultation nous remplissons une fiche à laquelle on joint la copie de la pièce plus l'ordonnance. Il arrive que des personnes âgées se présentent sans la pièce, dans ce cas nous les informons que si elles s'étaient présentées avec la pièce d'identité, elles bénéficieraient de la gratuité. Aujourd'hui, j'ai reçu 3 personnes dans le cadre du plan sésame » Kani, ICP, Patar Sine, 2020. Afin de bénéficier de la gratuité du plan sésame, la copie de la pièce d'identité est obligatoire.

Pendant l'étude, peu de personnes ont été prises en charge dans le cadre du plan sésame. Ceux qui sont dans l'incapacité de payer les frais sont considérés comme des cas sociaux. Le poste leur offre la consultation et les médicaments disponibles et se fait rembourser par le comité de santé. Dans le registre de consultation, il n'y a pas plus de 5 personnes enregistrées comme des cas sociaux (Janvier 2020).

4.4. Expériences des usagers sur la gratuité des enfants de 0-5 ans et le plan sésame

La population étudiée utilise plus ou moins les initiatives de gratuité selon la disponibilité des services. Les entretiens et observations auprès de cette population ont permis de recueillir des informations sur la disponibilité de ses services. Les vignettes ci-dessous relatent le récit des enquêtés. Pour conserver l'anonymat, nous avons utilisé des pseudonymes.

Salamata est une femme mariée de 31 ans, mère de quatre enfants âgées respectivement de 8 ans, 5ans, 3ans et 3mois. Elle habite chez la belle-famille. Elle n'a pas fait d'études et s'occupe des tâches ménagères. Son mari est un agent de l'opérateur de téléphonie mobile « Tigo » au chômage. La perte d'emploi de son mari a coïncidé avec sa dernière grossesse. Elle a pu compter sur le soutien de son grand frère et du petit frère de son mari, étudiant à l'UCAD qui lui a envoyé 50 000 FCFA pour les frais d'ordonnances.

En janvier 2019, son enfant de 5 ans souffrait de maux de ventre, de vomissements et de diarrhée. La belle-famille expliquait ces symptômes par un « mauvais vent » et ne voyait pas la nécessité

d'une consultation au poste de santé. De jour en jour, l'état de santé de l'enfant empirait, Salamata décida alors de l'emmenner au poste de santé de Ngayokhème sans l'accord des beaux-parents.

Au poste de santé, le ticket de consultation lui est offert mais les médicaments coûtent 5000 FCFA. Elle est informée de la gratuité des 0-5 ans mais ne comprend pas pourquoi les médicaments n'en font pas partie.

En ce jour d'entretien (9 janvier 2020), Salamata a emmené son bébé de 3 mois au poste de santé pour des douleurs au ventre et absence de selles depuis la naissance. Elle a dans sa sacoche, 1500 FCFA qu'elle a emprunté au comité du village et espère bénéficier de la gratuité des médicaments pour son bébé. Au sortir de la salle de consultation, Salamata détient une ordonnance bien remplie mais les médicaments ne sont pas disponibles au poste de santé.

Face à l'incapacité financière de la famille, elle espérait bénéficier d'une gratuité totale pour son enfant. Dans la plupart des cas, l'offre de services aux enfants de 0- 5ans reste partielle ou quasi inexistante au poste de santé de Ngayokhème.

Sira, 22 ans, mariée en 2014, mère d'un garçon de 4ans. Elle n'a pas fait d'études et travaillait comme femme de ménage à Dakar. Elle gagnait 35000FCFA. Cet argent servait à payer les habits de ses sœurs pendant les fêtes et la dépense quotidienne. Elle soutenait financièrement sa famille. Mais elle a arrêté de travailler sur demande de son mari à son neuvième mois de grossesse. Son mari est chauffeur de camion à Dupai Port. La famille habite à Kounoune (Dakar) mais est originaire de Ngayokhème. Elle est venue assister à un baptême à Ngayokhème.

A la date de l'entretien, elle a emmené son fils de 4ans en consultation au poste de santé. Il souffrait d'écoulement nasal et de fièvre. Un mois avant son séjour à Ngayokhème, son fils avait présenté les mêmes symptômes. Il a été suivi au centre de santé de Teungueth (Rufisque). Dans cette structure, la consultation et le médicament SRO zinc qui traite la déshydratation en cas de diarrhée sont offerts. Mais elle a acheté gensep sirop (cétirizine hydrochloride oral, solution USP) à 1200 frs CFA et ferrostrane sirop à 2690 frs CFA, des médicaments utilisés dans le traitement des carences en fer. Elle reconnaît que la gratuité des enfants participe à la réduction des frais de

santé. Cependant, la non-disponibilité de médicaments aussi bien au centre de santé de Teungueth qu'au poste de santé de Ngayokhème constitue une barrière à l'accès aux soins

Sami est un homme de 70 ans, deux épouses, père de 11 enfants. Il est instituteur à la retraite. La famille habite à Niakhar. Ses filles se sont mariées. Son fils électromécanicien travaille à Sabodala (Kédougou). Sami souffre d'une hypertension artérielle depuis quelques années. Il décide de se tourner vers la médecine traditionnelle parce que, dit-il « dès qu'on commence les comprimés pour la tension, on ne peut plus s'arrêter. C'est un traitement à vie". Il mangeait du « soump », mettait la poudre de « nébédaye » dans ses repas, faisait des infusions à base de feuilles de manguiers, de corossol qu'il buvait tous les jours. Sa tension revenait à la normale mais au bout de deux jours, les symptômes réapparaissent.

En août 2017, il est invité à prendre part à une journée de consultation gratuite, organisée par son ancien élève, devenu pharmacien. Sami était alité. Il a donc refusé l'invitation. Mais avec l'insistance de son ancien élève, il finit par s'y rendre le 08 Août 2017, il est reçu par le médecin. Sa tension artérielle était à 20/10. Le médecin lui a recommandé de prendre rendez-vous chez le cardiologue à Fatick. Une part des frais d'analyses lui a coûté 34 000 FCFA, l'autre part a été prise en charge par la clinique de son ancien élève. Lors de son deuxième rendez-vous (2017) à Fatick, il s'est rendu d'abord au centre de santé de Fatick pour récupérer un bulletin de référence, ensuite il est allé à l'hôpital régional muni du bulletin de référence qu'il a présenté au guichet. Sami a pu bénéficier de la gratuité de la consultation et non de l'électrocardiogramme et des médicaments. Le médicament pour la tension et l'aspirine cardio lui coûte 20000 FCFA/mois, en plus des frais de transport qui s'élève à 1000 FCFA par rendez-vous. Pour ces dépenses, il peut compter sur sa pension de retraite et sur l'appui financier de son fils. Sami reconnaît que le plan sésame participe à la réduction des frais mais son application reste partielle. La procédure est longue, complexe et méconnue de la plupart des personnes âgées. Cette lourdeur de la procédure conduit parfois au renoncement des personnes âgées qui font alors appel à la solidarité familiale pour payer leurs soins.

Cet ancien instituteur pouvait bénéficier de l'imputation budgétaire. Mais à cause de la lourdeur de la procédure. Il s'est dirigé vers le plan sésame. Ce qui révèle le problème lié au ciblage des bénéficiaires du plan sésame.

A la base, le plan sésame est destiné aux personnes âgées sans couverture mais dans la mise en œuvre, les directives ne sont pas claires.

Samba est un homme de 66 ans, marié à deux femmes, père de 8 enfants, âgés respectivement de 30 ans (fille), 28 ans (garçon), 25 ans (garçon), 24 ans (fille), 22 ans (garçon), 20 ans (fille), 16 ans (fille), 14 ans (garçon). Son fils de 28 ans est agent de police à Dakar. Samba n'a pas fait d'études. Il pratique la culture de mil et d'arachide pendant l'hivernage.

10 jours avant l'entretien, Samba reçoit un coup à l'œil en fendant du bois pour la cuisine. Il s'est rendu au dispensaire de son village. L'infirmier lui a prescrit des collyres et des comprimés qui lui ont coûté 2900 FCFA. À son deuxième rendez-vous, il a acheté les médicaments à 2750 FCFA. Quelques semaines après, il ressentait toujours des douleurs à l'œil et se plaignait de maux de tête. Samba décide alors de se rendre au poste de santé de Ngayokhème pour une consultation. Il avait 5000 FCFA dans sa poche. Sur place, il achète le ticket de consultation à 300 FCFA. Il est reçu par l'infirmier au bout de 30 mn d'attente. L'infirmière décide de le garder en observation à cause de sa tension très élevée. Il est alors mis sous perfusion. Les collyres, la perfusion et l'Efferalgan lui ont coûté 5000 FCFA. L'infirmière lui a aussi prescrit une ordonnance à acheter en officine. A la fin de la perfusion, Samba est retourné chez lui sans acheter les médicaments parce qu'il n'avait plus d'argent.

Le jour de l'entretien (9 janvier 2020), il est revenu au poste de santé pour un contrôle. Il avait avec lui, l'ordonnance de sa dernière consultation, qu'il doit acheter à 3850 FCFA. Samba a fait appel à son fils agent de police qui lui a fait un transfert d'argent.

Pour cette consultation, Samba n'a acheté ni le ticket, ni les piqûres. Tout lui a été offert. Il ne comprenait pas la raison d'autant plus que trois jours auparavant, il avait tout acheté.

Quand il est rentré dans la salle de consultation, l'infirmière lui a demandé d'aller photocopier sa pièce d'identité. Il s'est alors rendu à la place du village. La copie lui a coûté 100 FCFA. Il est revenu au poste muni de la copie qu'il a remis à l'infirmière. C'est ainsi qu'il a bénéficié d'une prise en charge par le plan sésame. C'était une première. Il espère que cela va perdurer.

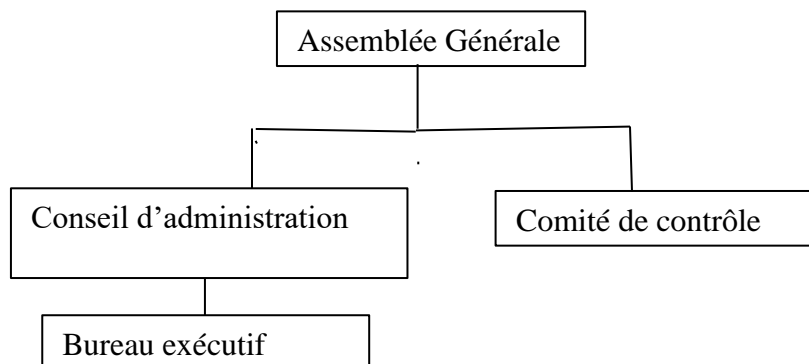
Samba était très surpris parce que cela fait plusieurs années qu'il fréquente les structures sanitaires mais n'a jamais bénéficié d'aucune forme de gratuité. Il n'avait aucune information sur la disponibilité du plan sésame.

Chapitre 5 : Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé

5.1. Organigramme des mutuelles de santé étudiées

C'est une représentation schématique des différents organes de la mutuelle. Elle montre les rapports hiérarchiques des organes.

Figure 3: Représentation des différents organes de la mutuelle



Les mutuelles de santé disposent d'organes qui régissent le fonctionnement des mutuelles de santé. Leur rôle a été expliqué un peu plus haut.

5.2. Fonctionnement des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé disposent d'un manuel de procédure qui précise les attributions de chaque organe. Ainsi, la fonctionnalité des mutuelles dépend du respect du règlement intérieur établi. Ainsi, toute personne souhaitant adhérer à la mutuelle doit :

D'abord payer les frais d'adhésion qui s'élève à 1000FCFA sauf les BSF qui sont totalement couverts par l'État, ensuite le gestionnaire doit l'inscrire dans le registre des adhérents et lui délivrer un carnet de mutuelle, enfin l'adhérent devra respecter une période d'observation d'un mois avant de pouvoir bénéficier des prestations. C'est une période durant laquelle, l'adhérent qui a payé les frais d'adhésion ne peut pas encore bénéficier d'une couverture. Autrement dit, c'est pour éviter que les gens n'adhèrent que parce qu'ils sont malades.

Pour assurer la gestion, les mutuelles se basent sur les outils de gestion des adhésions et des prestations à savoir : le carnet de mutuelle, le registre des adhérents et des bénéficiaires, la lettre de garantie, les factures de prestations de soins. La gestion des mutuelles englobe les tâches liées

à l'enregistrement des adhésions, à la collecte des cotisations, au remboursement des prestations. Pour assurer le bon fonctionnement des mutuelles, différents acteurs interviennent. Nous avons des acteurs internes et des acteurs externes.

5.2.1. Acteurs internes de la mutuelle de santé

Les adhérents : ce sont les personnes qui s'inscrivent à la mutuelle de santé ; leur rôle est important parce que leur cotisation constitue une partie des ressources financières de la mutuelle.

Les membres du CA, CC et du BE : ils assurent les fonctions d'administration et de gestion de la mutuelle ; ils sont bénévoles et accordent une partie de leur temps à la mutuelle.

Le personnel indemnisé : les mutuelles de santé étudiées, disposent d'un ou de deux gérants. Ils sont élus par le conseil d'administration et le bureau exécutif. Les gérants sont chargés de tenir à jour les outils de gestion de la mutuelle. Ils ont une relation étroite avec les bénéficiaires de la mutuelle. Les gérants perçoivent une indemnité mensuelle qui varie selon les mutuelles. En 2019, l'État via l'agence de la CMU a versé 75 000 FCFA aux gérants pendant 6 mois.

5.2.2. Les acteurs externes de la mutuelle de santé

Les prestataires de soins : ils sont liés aux mutuelles par des contrats. Les prestataires de soins fournissent aux bénéficiaires des mutuelles un paquet de services, prise en charge à hauteur de 80 % par la mutuelle. En contrepartie, ils sont remboursés par la mutuelle. Leur rôle est important car la disponibilité et la qualité des services peuvent impacter sur le choix d'adhérer ou non à une mutuelle de santé.

Les unions régionales ou départementales des mutuelles de santé : ils fournissent un appui technique, financier, administratif aux mutuelles de santé. Sur le plan administratif, ils offrent des formations sur la gestion des registres de prestation, de suivi, la gestion financière des outils de caisse et de banque. Sur le plan social, ils accompagnent les mutuelles dans la recherche de partenaires afin qu'ils puissent bénéficier du soutien des collectivités locales tel que préconisé dans l'acte 3 de la décentralisation.

Les organisations non gouvernementales ou autres organisations internationales : ils peuvent soutenir la création de la mutuelle mais aussi enrôler la population. L'appui peut être financier ou matériel.

L'État : il est l'initiateur de la politique de couverture universelle à travers les mutuelles de santé. Il a défini la politique et son application dans les communes. Sur le plan national, l'État subventionne la moitié des cotisations des bénéficiaires classiques et verse l'intégralité des cotisations des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et des bénéficiaires de la carte d'égalité des chances.

Ces acteurs participent à la mise en place et au bon fonctionnement des mutuelles de santé.

❖ **5.3. Processus de mise en place des mutuelles**

5.3.1. Contexte de création de la mutuelle de Niakhar

Selon Momar :

« La mutuelle a été implanté le 08 août 2006, (...) au démarrage la mutuelle était logée au poste de santé de Niakhar, ils nous ont donné un local. Nous devions céder le local au médecin chef, car Niakhar était érigé en district. Ils nous ont donné l'ancien bâtiment de la communauté rurale de Niakhar. Le bâtiment était en ruine. Nous avons fait des demandes à World Vision qui a accepté de construire un bâtiment pour la mutuelle » Momar, PCA, MS Niakhar

Il apparaît que la création de la mutuelle de santé de Niakhar a été suscitée par l'ONG World Vision avec l'implication des populations. Des activités de sensibilisation ont été organisées avec les membres de la communauté.



Source : M. Diédhiou données recueillies sur le terrain

Encadré : motifs de création de la mutuelle

« La mutuelle a été créée pour aider les plus démunis, une cotisation mensuelle de 150 FCFA par personne a été fixée. La mutuelle est une forme de solidarité, à Niakhar nous sommes tous parents. Nous avons demandé à chaque personne de cotiser 150 FCFA, cet argent est mis dans un compte. On l'utilise s'il y a une urgence sanitaire. Vous savez, la maladie est imprévisible, elle peut arriver au moment où la famille n'a pas d'argent pour prendre en charge les dépenses de santé. En plus, les fonctionnaires de l'État ont une couverture avec les imputations.

Cet encadré montre les modalités d'adhésion et de cotisation de l'ancienne mutuelle de santé de Niakhar. Dans cette mutuelle l'adhérent versait 1000 FCFA de frais d'adhésion et cotisait 150 FCFA/mois pour chaque membre de la famille mais les soins se limitent au poste de santé de Niakhar. Cette mutuelle de santé a fonctionné ainsi jusqu'en 2014 avant d'être restructurée pour répondre aux modalités de la CMU. Après l'instauration de la politique de couverture maladie universelle au Sénégal, l'État a mis en place une stratégie de décentralisation de l'assurance maladie (DECAM) sur l'ensemble du territoire. La politique d'extension de la couverture du

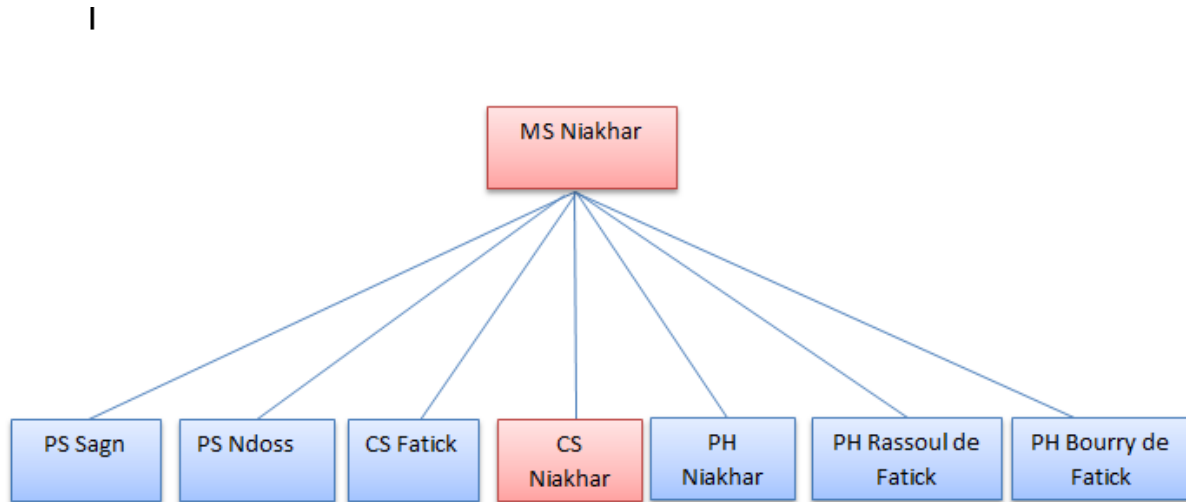
risque maladie dans le contexte de la décentralisation implique la participation de l'État, des collectivités locales et les mutuelles de santé. Dans le cadre de cette politique, des mutuelles de santé sont implantées sur l'ensemble du territoire avec une harmonisation des modalités d'adhésion, du paquet de service couvert et du montant de la cotisation. Comme le souligne le responsable de l'unité d'assurance maladie de Fatick « *Avec l'avènement de la CMU, il y avait 14 départements pilotes, Fatick faisait partie des départements pilotes, donc la mutuelle de Niakhar a été restructurée pour répondre aux paramètres de la CMU* » (B.D, 2019)

La nouvelle mutuelle de santé de Niakhar est implantée au sein de la commune qui compte 32 villages. Elle est logée dans l'ancien bâtiment de la communauté rurale de Niakhar. Ce bâtiment, réfectionné par World Vision, compte trois pièces. Cette mutuelle est située à côté du marché qui accueille tous les lundis le marché hebdomadaire de l'arrondissement de Niakhar.

Ainsi, ayant existé depuis des années, la mutuelle de Niakhar bénéficie d'une notoriété au sein de l'arrondissement ce qui facilite le passage vers un nouveau système de mutualité. Après la restructuration, les membres du bureau ont été choisis parmi les responsables de l'ancienne mutuelle de santé. Ainsi, le président de la mutuelle, le gérant et le trésorier ont conservé leur poste. La mutuelle de Niakhar propose aux bénéficiaires de nouvelles conditions d'adhésion. Tout adhérent à la mutuelle doit apporter une copie de la pièce d'identité, verser 1000 FCFA de frais d'adhésion, une cotisation de 7000 FCFA par personne/an, subventionné à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser soit une contribution de 3500 FCFA par personne/an/ ou une prise en charge complète des personnes indigentes (détenteur de la CEC, BSF). En contrepartie, l'adhérent reçoit un carnet de mutuelle où sont collées les photos de l'adhérent et des personnes à charge, la date d'inscription et le cachet de la mutuelle. A cela s'ajoute un délai d'observation d'un (1) mois avant de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle. On retrouve cette configuration dans les deux autres mutuelles enquêtées.

Dans la mutuelle de santé de Niakhar, nous avons les adhérents classiques constitués de toutes les personnes qui ont versé 1000 FCFA de frais d'adhésions, les bénéficiaires classiques qui versent 3500 FCFA/an, la CMU-élèves qui cotisent à hauteur de 1000 FCFA/an, les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale qui sont totalement pris à charge par l'État. La mutuelle de santé de Niakhar a signé des conventions avec des formations sanitaires et pharmacie ci-dessous :

Figure 4: liste des conventions de la MS de Niakhar



Légende : en rose les structures enquêtées (la mutuelle de santé de Niakhar et le centre de santé de Niakhar).

Ce schéma montre que la mutuelle de santé de Niakhar a signé des conventions avec deux postes de santé, deux centres de santé et trois pharmacies privées.

5.3.1.1. Le Circuit des bénéficiaires de mutuelle

(1) Pour bénéficier des prestations dans ces structures, le bénéficiaire à jour doit impérativement récupérer une lettre de garantie à la mutuelle. Le bénéficiaire est couvert à hauteur de 80% des prestations de soins (consultation, des examens, des soins de maternité, des médicaments de la pharmacie IB) et 50% dans les officines privées. Afin de bénéficier des services de la mutuelle, les bénéficiaires à jour de la mutuelle empruntent deux circuits : le bénéficiaire malade se rend à la mutuelle, présente son carnet au gérant qui vérifie s'il est à jour puis remplit deux lettres de garantie qu'il remet au bénéficiaire. Ce dernier se rend dans la structure sanitaire conventionnée et présente son carnet et la lettre de garantie au guichetier qui applique les 80 % au tarif de la consultation. Ensuite le bénéficiaire se rend en salle de consultation où le médecin lui prescrit une ordonnance qu'elle amène à la pharmacie IB. Enfin le dépositaire vérifie si les médicaments sont disponibles. Si oui, il applique les 80 % sur le montant total de la facture, si non le bénéficiaire se

rend à la pharmacie privée Fanta Cissé de Niakhar pour acheter ses médicaments. Il paie alors la moitié.

(2) Après sa consultation le médecin décide de lui prescrire des examens à réaliser à l'hôpital régional de Fatick. Le bénéficiaire se rend à l'hôpital régional avec sa lettre de garantie qu'il présente au guichet, il est renvoyé à l'union départementale des mutuelles de santé de Fatick. Sur place, si le bénéficiaire s'est présenté avec la lettre de garantie de sa mutuelle, l'union départementale appose sa signature. S'il est venu sans lettre de garantie, l'union départementale lui délivre une lettre de garantie, puis il retourne à l'hôpital régional faire ses examens et bénéficie d'une prise en charge à hauteur de 80 %.

En résumé, les bénéficiaires de la mutuelle peuvent bénéficier du paquet de base dans les centres et postes de santé conventionnés et du paquet complémentaire à l'hôpital régional de Fatick. Concernant le paquet complémentaire, l'union départementale des mutuelles de santé de Fatick intervient en couvrant les prestations dans les structures de santé et pharmacies conventionnées.

La mutuelle a signé une convention avec trois pharmacies privées. Ceci peut constituer un avantage pour les bénéficiaires quand on sait que les médicaments sont parfois en rupture dans les structures sanitaires.

5.3.2. La mutualité dans la commune de Patar Sine

La première mutuelle de santé a été installée dans la communauté rurale de Ndiob-Patar. Elle s'appelait *Diam Bougoum Ndiob Patar*. L'idée de création de la mutuelle de santé, vient de l'ONG World Vision répondant à un besoin d'instaurer une culture de prévoyance en matière de santé dans la communauté. Comme l'indique le président de la mutuelle « *la création de cette mutuelle a été motivée par World Vision* » (Moussa, 2020). Dans l'ancienne mutuelle, l'adhésion était à 1000 FCFA, la cotisation individuelle et mensuelle s'élevait à 300 FCFA. La prise en charge des prestations était de 50 % et se limitait au poste de santé.

5.3.2.1. Le contexte de création de la mutuelle de santé de Patar Sine

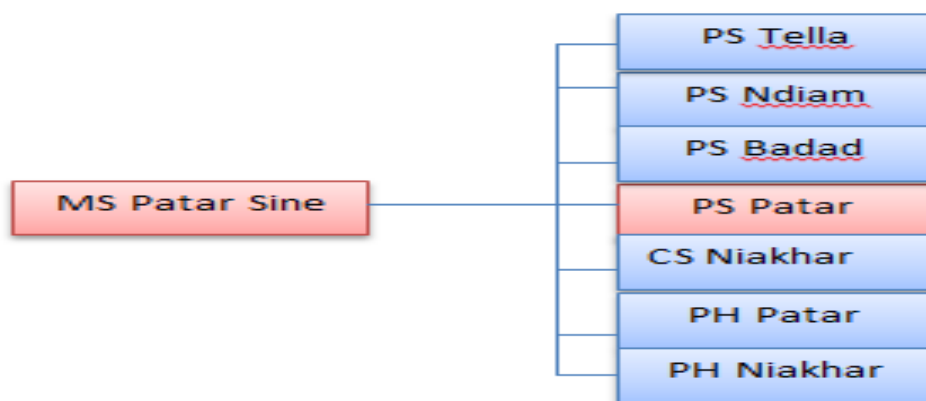
Créée en 2015 pour répondre à la stratégie d'extension de la couverture maladie universelle avec « une commune, une mutuelle au moins », la mutuelle de Patar est née de la scission de la mutuelle *Diam Bougoum Ndiob Patar*. Cette scission a été réalisée après une concertation des différents acteurs « *La transition s'est faite avec une réunion qui regroupait l'ensemble des*

bénéficiaires des deux communes. Les bénéficiaires qui habitaient la commune de Ndiob sont restés dans l'ancienne mutuelle et ceux qui habitaient dans la commune de Patar ont intégré la nouvelle mutuelle (...) nous avons organisé une réunion de sensibilisation dans la commune pour leur expliquer les nouvelles conditions d'adhésion à la nouvelle mutuelle » (Moussa, 2020). Les nouveaux critères d'adhésions ont été instaurés et adoptés par l'assemblée.

La mutuelle de santé de Patar Sine se situe à l'entrée de la commune en face de l'école primaire de Patar Sine, à 5 minutes de marche du Poste de santé et non loin de la grande place du village. La mutuelle couvre toute la commune qui compte 21 villages.

La mutuelle a signé des conventions avec quatre postes de santé, un centre de santé et deux pharmacies.

Figure 5: liste des conventions de la MS de Patar Sine



5.3.2.2. Circuit des bénéficiaires

Dans cette mutuelle, la lettre de garantie est délivrée si le patient est référé au centre de santé de Niakhar ou à l'hôpital régional de Fatick. Pour toute consultation au poste de santé de Patar Sine, le bénéficiaire se présente avec son carnet de mutuelle au guichet. La guichetière vérifie si le patient figure sur la liste des bénéficiaires à jour que le gérant lui a transmis. Si oui il passe chez l'infirmière se faire consulter, ramène l'ordonnance à la guichetière qui calcule le montant total de la prestation et fait payer les 20 % au patient.

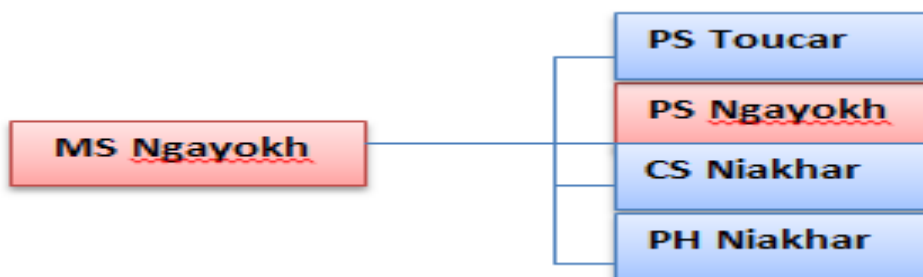
De ce fait, le gérant peut rester 1 à 2 mois sans délivrer de lettre de garantie. La guichetière est aussi la personne qui représente la mutuelle dans le poste. C'est elle qui a la liste de toutes les bénéficiaires à jour, qui vend les tickets, qui vend les médicaments en l'absence du pharmacien et qui calcule la part qui revient au bénéficiaire et à la mutuelle, et chaque fin du mois elle regroupe les factures qu'elle remet à la mutuelle pour remboursement des prestations.

5.3.3. La mutualité dans la commune de Ngayokhème

5.3.3.1. Contexte de création de la mutuelle de Ngayokhème

La mutuelle de santé de Ngayokhème se trouve dans la commune de Ngayokhème. Elle fait partie des nouvelles communes ayant une mutuelle de santé. Elle a été créée en 2016. Elle est logée dans un bâtiment réfectionné par l'ONG World vision, non loin du poste de santé. Depuis sa création, elle a hérité d'un conflit ancestral entre deux villages, celui de Ngayokhème et Toucar. Ce qui explique que seulement 10 villages sur 18 ont adhéré à la mutuelle. Les frais d'adhésions et de cotisations à la mutuelle sont identiques avec ceux d'autres mutuelles communautaires au niveau national. Cette mutuelle est gérée par une personne qui n'habite pas la commune, qui est parfois remplacée par le président de la mutuelle. La mutuelle de santé a signé des conventions avec les postes de santé de Ngayokhème et de Toucar, le centre de santé de Niakhar et la pharmacie Fanta Cissé de Niakhar.

Figure 6: liste des conventions de la MS de Ngayokhème



5.3.3.2. Circuit des bénéficiaires

Le bénéficiaire malade à jour, récupère sa lettre de garantie auprès du gestionnaire de la mutuelle ou du président quand le gérant s'absente. Mais il arrive que le bénéficiaire se dirige directement au poste de santé de la commune, fait sa consultation, achète ses médicaments et laisse son carnet de mutuelle et l'ordonnance à la pharmacie IB. Ce carnet et l'ordonnance seront récupérés par le

gérant qui y joint la lettre de garantie. Le bénéficiaire peut alors récupérer son carnet auprès du gestionnaire de la mutuelle. Dans cette mutuelle, seuls les médicaments et les examens sont pris en charge par la mutuelle à hauteur de 80 % dans les structures sanitaires et 50 % dans les officines. Le ticket de consultation (300 FCFA) est entièrement payé par le bénéficiaire.

Chapitre 6 : La prise en charge de la cotisation des adhérents aux mutuelles et catégories de bénéficiaires

6.1. Prise en charge du montant de la cotisation

Les systèmes de micro-assurance, notamment les mutuelles de santé, ont été implantés sur l'ensemble du territoire national afin d'améliorer l'accès des populations démunies et rurales aux soins. Ce système de protection sociale qui soulève l'enthousiasme des politiques fait face à la problématique de l'adhésion des populations. Ainsi, pour encourager les populations à adhérer, différents acteurs interviennent dans le processus d'adhésion et de cotisation.

Au Sénégal, plusieurs organisations appuient le développement et le fonctionnement des mutuelles de santé. Dans les trois mutuelles de santé que compte l'arrondissement de Niakhar, plusieurs partenaires interviennent dans les mutuelles de santé. On y retrouve l'ONG World Vision, les collectivités locales, l'État, les acteurs politiques. Ces acteurs offrent un appui technique ou financier aux mutuelles de santé.

6.1.1. Le système de parrainage par les ONG

L'ONG World vision intervient dans cette zone depuis plusieurs années. Son partenariat avec les mutuelles de santé existait avant l'avènement de la politique d'extension de la couverture santé à travers les mutuelles de santé. Au départ, elle offrait un appui technique aux mutuelles de santé avec un accompagnement dans les activités de sensibilisation, la formation des agents de la mutuelle. Ces dernières années, l'ONG intervient directement dans le domaine financier comme la construction/réfection des sièges, équipement de bureau, l'achat de moto et la prise en charge de la cotisation des adhérents.

Dans ce système de parrainage des mutuelles, deux cas de figures peuvent se présenter :

- **1er cas** : l'organisme identifie les potentiels bénéficiaires en se basant sur ses propres critères de sélection (âge, revenus, situation familiale, personnes à charge). Ensuite la liste est transmise à la mutuelle qui procède à l'enrôlement des bénéficiaires. Toutefois, la mutuelle n'intervient pas dans le processus de sélection. Elle est liée à l'organisme par un contrat à durée déterminée (habituellement, une année renouvelable au besoin). Ainsi, les frais d'adhésion, les photos et la cotisation annuelle sont entièrement prise en charge par l'organisme. Notre étude a montré que

l'ONG World vision est un partenaire technique et financier qui intervient dans le fonctionnement des mutuelles de santé de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar Sine comme le souligne le responsable de l'unité assurance maladie au SR CMU de Fatick) :

« Je ne veux pas faire de publicité pour l'ONG World vision mais elle nous accompagne très bien dans cette zone. La dernière fois, il y a un mois de cela, elle a octroyé à la mutuelle de Ngayokhème une moto qui facilite le déplacement du président. L'année dernière, elle a enrôlé à peu près 4000 élèves dans la mutuelle de Patar Sine. Cette année pas plus tard qu'hier, on était en réunion avec World vision pour un processus d'enrôlement de 1663 élèves et de 700 cas sociaux dans la mutuelle de Niakhar ».

Cela montre l'apport d'ONG étrangères dans le développement des mutuelles de santé. En effet, ce partenariat augmente le nombre d'adhésions dans les mutuelles de santé communautaires. Pour L. K. (responsable administratif et financier d'UDMS de Fatick) : « c'est World vision qui intervient le plus avec un enrôlement de 5000 élèves en 2018 ». En effet, l'ONG World vision cible les élèves des écoles de la commune et verse entièrement les frais. D'autres partenaires locaux appuient les mutuelles de santé.

– **2ème cas** : Dans ce cas de figure, c'est toujours l'organisme qui identifie les bénéficiaires. Cependant, la prise en charge est partielle c'est-à-dire que l'organisme ne couvre qu'une partie des frais. Nous retrouvons cette configuration dans le partenariat de l'ONG World Vision avec la mutuelle de santé de Patar Sine :

« En 2018 World vision avait cotisé 700 FCFA pour chaque élève, et chaque parent d'élèves a donné les 300 FCFA restant et 200 FCFA pour les photos mais y en a qui n'ont pas donné les 300 FCFA » (Ngor gérant MS Patar Sine, 2019).

Dans ce partenariat, il est attendu une contribution des parents/tuteurs. Cette contribution peut être analysée comme un moyen de préparer les parents à prendre en charge la cotisation de leurs enfants après le retrait de l'organisme.

Dans ces deux cas, la mutuelle n'intervient pas dans le processus de sélection. Elle est impliquée dans la phase d'enrôlement des bénéficiaires afin de procéder au recouvrement des cotisations. Cet appui de l'ONG World Vision aux mutuelles de santé à l'avantage d'augmenter le nombre de bénéficiaires par conséquent les ressources financières des mutuelles. Cependant, le non-renouvellement des cotisations ou le retrait de l'ONG entraîne une baisse du taux de renouvellement.

6.1.2. La contribution des acteurs politiques

Dans l'arrondissement de Niakhar, on note la présence de plusieurs acteurs politiques. Ces derniers appuient les mutuelles de la localité à travers l'enrôlement des populations.

Dans ce cas de figure, le partenaire peut sélectionner les personnes à enrôler ou s'appuyer sur la mutuelle pour l'identification des bénéficiaires. Notre enquête a montré que cette configuration est présente dans les trois mutuelles de santé étudiées :

« Dans la zone avec ces 3 mutuelles (...) il faut reconnaître que souvent il y a de bonnes volontés surtout à Niakhar, il y a beaucoup de bonnes volontés qui ont appuyé la mutuelle. Le directeur des opérations de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle a enrôlé l'année dernière 1000 élèves, et cette année-ci, il a enrôlé tous les chefs de villages, les imams et les curés dans la mutuelle de Niakhar » nous expliquait le, responsable de l'unité assurance maladie de Fatick lors d'un entretien en 2020.

A travers ses propos, nous notons que la commune de Niakhar peut compter sur l'appui des acteurs politiques de la région. Ces derniers multiplient les interventions c'est ainsi que :

« Maître NG a enrôlé 178 personnes. Il m'a dit qu'il veut enrôler certains habitants du village de Gnianane, de Konéme et d'autres villages environnants. Maître NG a commencé depuis 2017 et chaque année il renouvelle. Il vient de me remettre un chèque de 132 000 FCFA pour un renouvellement que j'ai remis au trésorier (Niokhor, gérant de la mutuelle de Niakhar, 2019).

Le choix de cette population à enrôler réponds à au désir de gagner un électorat comme le souligne un participant au focus groupe : *« c'est une question d'appartenance à un parti politique. A Niakhar il y a beaucoup de politiciens donc chacun aide ses partisans »* (R7, 36 ans, non adhérent à la MS de Niakhar). Au-delà du caractère politique de l'adhésion subventionnée, d'autres facteurs interviennent dans le choix des personnes. Nous avons les liens de parenté comme en illustre ses propos *« c'est Maître Bass qui a tout versé. C'est le frère à ma mère (...) il a enrôlé cent personnes »* (Dieynaba, Niakhar 2019). Un tel engagement des acteurs politiques de la localité participe au développement de la mutualité à Niakhar. Mais ce soutien n'est pas sans conséquence parce qu'en cas de changement de régime, les hommes politiques perdent leur poste. Les personnes enrôlées par ces hommes ne bénéficieront plus de la couverture.

6.1.3. La contribution de l'État

L'État est la principale source de financement des mutuelles de santé. Il intervient à travers deux niveaux : le niveau national et le niveau local.

Au niveau national, l'État, dans le but de réduire les dépenses catastrophiques liées à la santé, a lancé des initiatives à l'endroit des populations les plus démunies. Ces populations, faute de moyens financiers et d'une couverture sanitaire, basculent dans l'extrême pauvreté en cas de dépenses de santé élevées. Ainsi, le programme national de bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité de chance ont été instaurés. En 2013, le programme national de bourse de sécurité familiale a été initié avec comme objectif le versement d'une bourse trimestrielle de 25 000 FCFA aux ménages vulnérables. En avril 2015, l'État a mis en œuvre le programme des cartes d'égalité de chances pour les personnes en situation de handicap. Ce programme fournit aux personnes handicapées des avantages sociaux relatifs à la santé. A la suite de cela, l'État a décidé de prendre en charge les frais d'adhésion et de cotisation des bénéficiaires de la BSF et de la CEC dans les mutuelles de santé à hauteur de 10 500 FCFA/an/pers. Les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale ainsi que leur famille et les détenteurs de la carte d'égalité des chances ont été enrôlés dans les mutuelles de santé. Sur leur carnet de mutuelle, est apposé un cachet BSF ce qui leur permet d'accéder gratuitement aux soins dans les structures conventionnées. Dans la zone étudiée, les générations 1, 2 et 3 de la BSF et 37 personnes détentrices de la carte d'égalité des chances ont été enrôlées dans les mutuelles d'après le responsable administratif et financier de l'UDMS. L'État se charge alors de verser une subvention totale pour les bénéficiaires de la bourse et partielle pour les adhérents classiques.

Au niveau local, la décentralisation a conduit au transfert de compétence dans le domaine de santé aux collectivités locales. Dans cette étude, nous notons la participation des collectivités locales, notamment celle de Patar Sine. Ainsi, dans le but d'encourager la population à adhérer à la mutuelle de santé, le maire de la commune a posé un acte fort lors de l'assemblée générale d'implantation de la mutuelle. Ainsi :

« À la sortie de l'assemblée générale constitutive tenue après l'implantation de la mutuelle, le maire a enrôlé toutes les personnes présentes à la réunion à travers la feuille de présence, tous les conseils municipaux ont été enrôlés. Le maire a signifié à tous les participants à la réunion qu'ils seront pris en charge pour une durée d'un an et après ils devront renouveler leur cotisation » souligne Moussa (PCA de la mutuelle de santé de Patar Sine, 2020).

Conformément à l'acte 3 de la décentralisation, qui souligne que la santé est un domaine transféré, les collectivités locales interviennent dans le processus de mise en place de la mutualité. La collectivité locale de Patar Sine s'est impliquée dans le fonctionnement de la

mutuelle avec l'élection du premier adjoint au maire au poste de président du conseil d'administration.

6.1.4. La contribution de la famille

Dans les mutuelles de santé étudiées, la question de la prise en charge des droits d'adhésions et de cotisations par le mari pour sa ou ses conjointes, les parents pour leur enfant, ou un autre membre de la famille avec un revenu stable revient dans le discours des acteurs de la mutuelle.

Pour une partie des élèves inscrits à la mutuelle, les 1000 FCFA de frais de cotisation sont versés par les parents d'élèves. Cet argent est déduit des frais d'inscriptions dans l'établissement scolaire. C'est une stratégie qui consiste à augmenter les frais d'inscription de 7000 FCFA à 8000 FCFA pour les élèves du collège, ensuite les 1000 FCFA sont déduits de cette somme puis une liste des élèves cotisants est transmise à la mutuelle, accompagnée d'un bordereau de versement de la banque sur le compte de la mutuelle. Cette politique est appliquée dans les mutuelles de Niakhar et de Ngayokhème.

A la mutuelle de santé de Patar Sine, les directeurs, principaux et proviseurs des écoles sont informés de l'assurance scolaire. Ils sont chargés de transmettre l'information aux élèves. En sus, les élèves informent leurs parents d'un versement de 1000 FCFA pour bénéficier de couverture par la mutuelle. La décision de faire adhérer revient alors aux parents d'élèves qui choisissent de cotiser ou pas pour les enfants en fonction de leurs moyens financiers.

Les registres d'adhésions démontrent que dans la plupart des cas l'adhésion est individuelle. Cela veut dire que sur le carnet de mutuelle, il figure une seule personne, l'adhérent. Dans quelques rares des cas, l'adhérent cotise pour une, deux ou trois personnes. Le choix de ces personnes ne se fait pas ex nihilo. Il fait référence à une sélection basée sur l'âge, le sexe et l'état de santé de la personne. Cependant, les adhésions par la famille restent très faibles dans les mutuelles.

6. 2. Le profil des bénéficiaires de mutuelles

Les mutuelles de santé offrent des services aux élèves à travers la CMU, les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale, les bénéficiaires classiques. Pour ces derniers, les données montrent une prédominance des femmes enceintes ou en âge de procréer, les personnes à la santé fragile (souffrant de maladie chronique) et les personnes âgées.

6.2.1. Les femmes en âge de procréer ou en état de grossesse

La présence de cette population dans les mutuelles de santé peut s'expliquer par le besoin de profiter de la prise en charge de la mutuelle durant la grossesse. Les hommes cotisent pour leurs femmes aux mutuelles de santé afin de bénéficier d'une prise en charge de 80 % pour les consultations, les analyses sanguines, les échographies et l'accouchement.

Dans les mutuelles de santé de Niakhar, de Ngayokhème et de Patar Sine, le nombre de femmes inscrites est supérieur à celui des hommes comme en démontre le tableau ci-dessous :

Tableau 2:effectifs des adhérents/bénéficiaires de mutuelles selon le sexe

Communes	Nb de bénéficiaires CMU-élève		Nb d'Adhérents classiques		Nb de bénéficiaires classiques		Nb de bénéficiaires à jour (2019)		Nb de bénéficiaires CEC
	H	F	H	F	H	F	H	F	
Niakhar	1572	1458	944	1116	4212	6615	1772	2786	37
Ngayokhème	54	539	272	458	1860	2946	8	11	0
Patar Sine	397	541	1508	1805	2835	2186	19	31	0

Source : Union départementale des mutuelles de santé de Fatick (2019)

Les données chiffrées issues des mutuelles de santé montrent une légère variation des adhésions selon le sexe et les catégories d'adhérents. Au niveau de la CMU élève, l'importance des adhésions féminines, plus marquée dans la mutuelle de Ngayokhème 539 filles sur 54 garçons s'expliquent d'une part par la prédominance des filles dans les écoles et d'autre part par la faiblesse des adhésions. A cette date, dans la commune de Ngayokhème, seul un collège a inscrit ses élèves.

Dans les catégories adhérentes classiques et bénéficiaires classiques, nous notons un nombre d'adhérentes plus importantes à Niakhar et plus de la moitié des bénéficiaires à Ngayokhème. Comme en témoigne Anna, présidente des badjénou gokh.

Anna, une veuve de 55 ans, est mère de 6 enfants. Elle habite dans une grande famille avec ses enfants, ses belles filles et ses petits-enfants. La famille habite à Ngayokhème. En 2019, la famille a vécu un événement malheureux. Le fils aîné d'Anna, alors âgé de 30 ans est décédé des suites d'une longue maladie. Le décès de son fils, navigateur sur un bateau de pêche qui prenait en charge les besoins financiers de la famille, en plus des dépenses de santé qui ont couté près de 400 000 FCFA à la famille (vente de bétail, appui financier de ses sœurs, femme de ménage à Dakar), a mis la famille dans une situation financière désastreuse. Anna est consciente des dépenses catastrophiques vécues par sa famille, ce qui aurait été différent si son fils était inscrit à la mutuelle. Cet événement l'a poussé à cotiser pour quelques membres de sa famille à la mutuelle.

« J'ai inscrit mes deux belles filles quand elles étaient en état de grossesse. J'ai renouvelé pour ma première belle-fille, l'autre a quitté le village. Je me charge de toutes les dépenses de santé de ma famille. C'est pourquoi j'ai convaincu mon autre fils de cotiser pour sa femme. Il en est à son 2ème renouvellement. Je n'ai pas inscrit les enfants parce que je n'ai pas d'argent pour inscrire tous les enfants de la famille ». Anna, Ngayokhème 2019.

L'histoire de cette femme montre que le choix des personnes à faire adhérer à la mutuelle dépend de leur état. Son récit ressemble à celui de plusieurs personnes enquêtées comme c'est le cas de cette bénéficiaire de Patar Sine.

« Je suis la seule à bénéficier de la mutuelle. Mon mari m'a demandé de m'inscrire d'abord comme j'étais enceinte. Après la naissance de mon fils, il inscrira les autres enfants. Nous savions que ce serait difficile. Il ne pouvait pas inscrire les unes et laisser les autres » Woly, 35ans.

D'après nos observations, le choix de prioriser l'inscription des femmes enceintes dans les mutuelles de santé peut être qualifiée par une adhésion par nécessité. A Ngayokhème, souligne le gérant :

« Si nous faisons le décompte, il y'aurait moins de 20 hommes adhérents à la mutuelle, les femmes viennent s'inscrire dans la mutuelle quand elles sont à 3-6 mois de grossesse. Au début nous voulions arrêter de les prendre mais nous nous sommes rendu compte qu'elles sont majoritaires. Maintenant si elles viennent avec une grossesse avancée nous insistons sur le respect du délai d'attente ».

6.2.2. Les personnes à la santé fragile

Dans les zones rurales étudiées, le mode d'habitat est sous forme de concession qui regroupe plusieurs ménages. Le mode de fonctionnement de ses ménages est basé sur les liens de parenté.

Ainsi, lors de nos observations au sein des concessions, les différentes classes d'âge étaient représentées (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées) et partageaient la même unité familiale. Un autre aspect que nous avons retrouvé, est le fait que dans la majorité des ménages enquêtés, aucun membre de la famille n'avait de revenu fixe, l'agriculture étant l'activité principale. La vente de la récolte agricole constituait un revenu temporaire.

Sauf dans quelques rares cas, où nous avons au moins un membre de la famille avec un revenu fixe.

Face à la fragilité de la situation financière de ses ménages, inscrire tous les membres de la famille à la mutuelle devient quasi impossible. Aussi, décider d'inscrire une partie du ménage, serait mal vu par les autres membres et peut constituer une source de conflit. C'est une des raisons pour laquelle le choix porte, le plus souvent, sur les personnes malades d'autant plus que la maladie est perçue comme un événement de la vie qui devrait faire appel à une forme de solidarité. En effet, des « cercles thérapeutiques » se construisent autour du malade et fait appel aux ressources financières de la famille, ce qui risquerait sur la durée d'épuiser ses ressources. De ce fait, inscrire une personne malade à la mutuelle revient à minimiser le risque de dépenses catastrophiques. C'est le cas de cette femme, soutien financière de la famille :

« Hormis l'argent que je verse chaque fin du mois à la tontine, j'utilise mon argent pour les besoins de la famille (...) pour ma mère, mon frère et mes enfants. Je suis le soutien financier de ma famille donc si mon frère, ma mère ou mes sœurs tombent malade, c'est à moi de payer les frais de santé. J'ai même un frère que j'ai fait adhérer à la mutuelle. Il était tout le temps malade. Je l'ai une fois amené ici (centre de santé), j'ai dépensé beaucoup d'argent pour ses ordonnances. C'est pourquoi je l'ai inscrite à la mutuelle de Niakhar. Il a son propre carnet ». Alima, 35 ans, mère de trois enfants, Enseignante, Niakhar 2020

Le point de vue de cette enseignante est confirmé par les séances d'observations au sein des mutuelles et structures sanitaires qui montrent un recours fréquent des personnes malades au service de la mutuelle. Aussi, les personnes interrogées affirment qu'elles ont décidé de s'inscrire à la mutuelle parce qu'ils tombaient souvent malade :

« J'ai entendu parler de la mutuelle ici (Niakhar) c'était lors d'une réunion... comme je suis trop malade... c'est pour réduire mes frais d'ordonnances » Athia, veuve, 58 ans, bénéficiaire mutuelle, Niakhar.

Un autre nous dit : « J'ai fait adhérer ma femme et mes 3 enfants, je devais continuer jusqu'à ce que j'inscrive toute la famille à la mutuelle. Mais c'est un peu difficile de payer pour toute la famille » Sami, 70 ans, retraité, 11 enfants, (Niakhar, 2020).

Ce père de famille, dans l'incapacité de cotiser pour sa famille, fait un arbitrage parmi ses enfants. Ce choix n'est pas forcément lié à l'âge mais plutôt à leur capacité à faire face à une maladie. Donc à la question de savoir quels sont les critères de sélection des personnes à inscrire, Sami affirme avoir choisi les plus maladifs, de ce fait il aura moins de charge.

6.2.3. Les personnes âgées

Elles font partie des populations vulnérables, leur âge avancé, font d'elles des personnes exposées aux pathologies.

Dans la société africaine, les personnes âgées occupent une place importante. Elles sont les gardiennes de la tradition et de la famille. La tradition veut que les plus jeunes assistent les personnes âgées pendant leurs vieux jours, qu'ils les soignent (Attané, 2015). De ce fait, la décision de les inscrire dans les mutuelles de santé répond à ce besoin d'assistance intergénérationnelle.

Dans les mutuelles de santé étudiées, nous avons observé la présence des personnes âgées. La plupart de ces personnes ont été inscrites par leur enfant ou une autorité politique de la localité.

Chapitre 7 : Analyse sur les adhésions et connaissances des mutuelles de santé communautaire

7.1. Connaissances sur les mutuelles de santé

7.1.1. Les adhérents classiques

Dans les communes de Niakhar, Ngayokhème et de Patar Sine, les personnes bénéficiaires interrogées, affirment avoir été informées de l'existence de mutuelle de santé dans leur localité à travers : 1) la réunion de sensibilisation lors de l'implantation de la mutuelle, 2) un membre de la famille adhérent à la mutuelle, 3) un agent de la mutuelle, 4) les médias (radio, télévision). La majorité des bénéficiaires connaissent le bureau de la mutuelle, le président et le gérant de mutuelle. Ils citent ces différentes personnes comme source d'information.

Cependant, nous avons noté que la connaissance des mutuelles varie selon le type de bénéficiaires. Pour la CMU élève, l'information est véhiculée par les directeurs d'écoles. Aussi, il y a des parents d'élèves qui sont adhérents à la mutuelle. Connaissant l'existence des mutuelles de santé, ils peuvent décider de faire adhérer leurs enfants. Mais les quelques élèves interrogés ont peu d'informations sur les mutuelles. D'autant plus que dans certaines écoles de Niakhar, les cartes de CMU élèves sont gardées par l'administration scolaire.

Les bénéficiaires de mutuelle ont peu de connaissances sur le fonctionnement de la mutuelle. La majorité affirme avoir pris part à la première assemblée générale de la mutuelle (en 2016 pour la mutuelle de Ngayokhème). Depuis lors, les bénéficiaires n'assistent plus à l'assemblée générale.

Lors d'une de nos enquêtes, le 10 janvier 2020, nous avons assisté à l'assemblée générale de renouvellement des organes à Patar Sine. Elle s'est tenue à la salle de réunion de la mairie. Elle a regroupé, le sous-préfet de l'arrondissement de Niakhar, le chef de service de la CMU de Fatick, le responsable de l'assurance maladie, le responsable de suivi de l'union départementale des mutuelles de santé de Fatick, le président de la mutuelle, le gérant et les membres du BE de la mutuelle et moins de 20 bénéficiaires de mutuelle. Ces bénéficiaires présents étaient pour la plupart des agents de la mairie. Le nombre de bénéficiaires présents n'est pas représentatif, moins de 5 bénéficiaires étaient à jour de leur cotisation. Plus de la majorité des bénéficiaires présents à la réunion viennent de la commune de Patar Sine. Les autres villages sont très peu représentés.

Rappelons que la mutuelle de Patar Sine couvre 21 villages et hameaux. Pendant les allocutions, moins de 5 bénéficiaires avaient pris la parole. Hormis les bénéficiaires qui avaient des liens de parenté avec les agents de mutuelles. Les autres ont dénoncé le manque de communication de la mutuelle. Comme le souligne ce bénéficiaire : Sérigne est un homme de 40 ans, guide religieux qui habite à Patar Sine. Il fait partie des premiers adhérents à la mutuelle. À sa prise de parole, il affirme que depuis son adhésion en 2015, il n'a pas d'information sur le fonctionnement de la mutuelle. Hormis, l'obligation de se munir d'une lettre de garantie pour bénéficier d'une prise en charge de 80 % dans les structures sanitaires. Il dénonce le manque de communication au sein de la mutuelle envers les adhérents. Il affirme que les bénéficiaires ne sont pas informés de la tenue d'une assemblée générale. Il a entendu parler de la réunion chez son voisin et a décidé de s'y rendre. Son avis à ce sujet semble être partagé par les autres bénéficiaires qui hochent la tête. Enfin, il demande au bureau de la mutuelle d'impliquer les bénéficiaires pour une meilleure gestion de la mutuelle.

7.1.2. Les bénéficiaires de la BSF

Au Sénégal, un programme de bourse de sécurité familiale a été instauré. Cette bourse est destinée aux personnes démunies. Hormis le versement d'une bourse trimestrielle, les bénéficiaires de la BSF et de la CEC devraient bénéficier d'une couverture sanitaire à travers l'enrôlement dans les mutuelles de santé, avec une prise en charge totale des frais de santé. Cependant, dans cette catégorie de bénéficiaires, le niveau de connaissances sur les mutuelles de santé reste faible.

Au cours de notre étude, les avis des bénéficiaires de la BSF sur les informations relatives aux mutuelles de santé divergent. Nous avons d'une part les bénéficiaires qui ne connaissent pas les avantages sociaux liés à la bourse, à savoir l'enrôlement dans les mutuelles et d'autre part ceux qui ont peu d'informations sur le circuit. C'est le cas de cette bénéficiaire de BSF

Ina est femme de 53 ans, mariée, mère de 10 enfants, vendeuse de pain. Son mari pratique l'agriculture qui constitue leur principale source de revenu. Elle a été choisie par l'imam pour bénéficier de la bourse. Depuis 2016, elle bénéficie de la bourse de sécurité familiale. La même année, Ina, son mari et ses 10 enfants ont été photographiés par le gérant de la mutuelle de Niakhar. Elle a reçu le carnet de mutuelle depuis 2016. Elle sait que le carnet est destiné à une prise en charge gratuite de sa famille dans les structures sanitaires. Mais elle ne connaissait pas le circuit. Elle l'a gardé avec elle tout ce temps et ne l'a jamais utilisé.

Les bénéficiaires de la BSF qui affirment ne pas avoir d'informations sur la prise en charge médicale gratuite sont nombreux.

7.1.3. Les non adhérents

En interrogeant les personnes non adhérentes aux mutuelles, deux avis apparaissent :

– Les non adhérents qui n'ont ni connaissance de l'existence et du fonctionnement des mutuelle et ceux qui ont quelques informations. Les premiers affirment n'avoir aucune information sur la mutuelle. Ceci peut s'expliquer d'une part par la distance géographique, ces personnes habitent dans des villages très éloignés des mutuelles, d'autre part à cause de l'insuffisance d'activités de sensibilisations.

– Les autres non adhérents interviewés et les 8 femmes participants au focus group affirment être informés de l'existence de la mutuelle dans leur localité à travers les médias (télévision, radio), discussion au marché, chez les voisins, par un membre de la famille adhérent, le gérant de la mutuelle. Les informations qu'ils reçoivent de la mutuelle porte sur les avantages de la mutuelle pour les femmes enceintes.

Un autre aspect relatif aux motifs de non-adhésion est évoqué par quelques bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale. Sous prétexte qu'elles peuvent bénéficier d'un enrôlement gratuit dans les mutuelles, les bénéficiaires BSF renoncent aux démarches et préfèrent patienter comme en témoigne cette bénéficiaire :

« J'ai voulu intégrer bien avant que je bénéficie de la bourse. Quand j'ai bénéficié de la bourse en 2017 et qu'on m'a dit que je pouvais bénéficier gratuitement d'une couverture par la mutuelle. J'ai arrêté les démarches pour m'inscrire à la mutuelle »
Fatou, bénéficiaire BSF, mère de 7 enfants.

Cet extrait montre qu'il y a un calcul rationnel qui se fait. Connaissant les avantages sociaux liés à la bourse, certains bénéficiaires préfèrent attendre l'enrôlement gratuit que de payer leur adhésion.

7.2. Les motifs d'adhésions aux mutuelles de santé

L'enquête qualitative a concerné les adhérents, les acteurs de mutuelles et professionnels de santé.

7.2.1. Selon les adhérents

La diminution des frais de santé sont évoqués par la grande partie des interviewés comme étant le principal avantage lié à l'adhésion à la mutuelle de santé. En outre, la raison d'adhérer qui a été la plus citée par les bénéficiaires est l'accès aux soins à moindre coût. Les bénéficiaires affirment que l'adhésion participe à la réduction des dépenses de santé. Surtout pour les femmes enceintes qui bénéficient d'une prise en charge de 80 % de leurs analyses sanguines, des échographies, de l'accouchement. En quelque sorte, c'est une prise en charge qui couvre les consultations prénatales aux consultations post natale.

7.2.2. Le processus d'adhésions des bénéficiaires

Concernant la décision d'adhérer, deux avis apparaissent :

- Les hommes interrogés affirment qu'ils ont pris la décision d'adhérer après avoir été informés par un agent de la mutuelle ou leur conjoint.

Falilou est un homme de 60 ans, marié à trois femmes, père de 3 garçons et 6 filles. Falilou était chauffeur de taxi. Il y a de cela 8 ans, il a décidé de retourner vivre au village auprès de sa famille. Il explique cette décision par une perte de revenu. Au début avec son taxi, il pouvait gagner 7500 FCFA par jour. Après quelques années, le taxi tombait plus souvent en panne. Falilou n'arrivait plus à mettre de l'argent de côté. L'argent qu'il gagnait dans la conduite du taxi ne lui permettait plus de subvenir aux besoins de sa grande famille. Il décide alors de retourner à Patar et de pratiquer l'agriculture pendant l'hivernage.

En 2019, Falilou a remarqué une perte de poids considérable. Il se rend alors au poste de santé avant d'être référé à l'hôpital régional de Fatick. Sur place, il a fait une échographie et trois analyses sanguines qui lui ont coûté 100 000 FCFA. Il a payé ses frais de santé avec l'aide de ses

enfants et de son entourage. A sa guérison, Falilou se rend à la « grande place » de son quartier. C'est un lieu où les hommes aiment se regrouper en fin d'après-midi. Il y rencontre le gérant de la mutuelle de Patar Sine. Ce dernier profite de ses regroupements pour sensibiliser sur les avantages de la mutuelle. A force d'insister, Falilou finit par s'inscrire à la mutuelle en 2020. Il est le seul membre de sa famille à intégrer la mutuelle. Faute d'argent, il n'a pas cotisé pour les autres membres de la famille.

Nous retrouvons ce cas de figure dans nos différents entretiens. L'adhésion chez les hommes est une décision personnelle qui se fait la plupart du temps sans consulter l'épouse.

Les femmes adhérentes ou bénéficiaires de mutuelle, majoritairement des femmes mariées, racontent que la décision vient du mari. Ce dernier, après avoir reçu l'information sur la possibilité de réduire les dépenses de santé, décide de cotiser pour leurs épouses. C'est le cas de Mamy et Nogaye.

Mamy, une femme de 35 ans, mariée, mère de 4 enfants, l'ainé issu d'un premier mariage, les autres âgés respectivement de 12 ans, 7 ans et 4 ans. Elle est une femme au foyer. Son mari est ouvrier (maçon, peintre). En février 2019, elle s'est rendue au poste de santé pour une consultation prénatale. La sage-femme lui a conseillé d'adhérer à la mutuelle pour bénéficier d'une couverture. Mamy en a parlé à son mari qui lui a remis 5000 FCFA pour les frais d'adhésion, la cotisation annuelle et les deux photos.

Nogaye est une femme de 37 ans, mère de 3 enfants âgées respectivement de 17, 15 et 13 ans. Elle est vendeuse d'eau glacée. Au cours de l'année 2016, Nogaye est tombée enceinte de son quatrième enfant. A 4 mois de grossesse, elle a ressenti des douleurs au ventre. Au bout d'une semaine, elle se rend au centre de santé de Niakhar pour une consultation à la maternité. Sur place, elle constate la fausse couche. Elle est référée à l'hôpital de Fatick pour subir un curetage. Près d'un an après la fausse couche, Nogaye a continué à ressentir des douleurs au ventre. Mais elle ne s'est pas rendue dans une structure sanitaire. Au bout de 1 an et 6 mois, la santé de Nogaye n'a cessé de se détériorer. Elle se rend au centre de santé de Niakhar pour passer des examens cliniques et des échographies (03). Elle a dépensé 30 000 FCFA pour les échographies. Ces dépenses de santé ont été prises en charge par son mari, chauffeur de transport. Les résultats ont montré qu'elle avait un fibrome. Elle a commencé le traitement avec une prise de médicaments régulière. Les frais de santé devenaient de plus en plus chers.

Un jour, Nogaye rencontre le gérant de la mutuelle de Ngayokhème (un parent à elle). Elle lui explique sa maladie et la cherté des ordonnances. Nogaye avait versé 1000 FCFA de frais d'adhésion lors de la réunion d'information en 2016. Le gérant lui conseille de verser une cotisation de 3500 FCFA pour avoir un carnet de mutuelle afin de réduire ses dépenses de santé. Nogaye a informé son mari qui lui a envoyé de l'argent. Elle est bénéficiaire de la mutuelle depuis 2017. Ces deux enfants, élèves au collège, bénéficient aussi de la CMU élève.

L'histoire de ces deux femmes montre que la décision d'adhérer provient du mari. Mais elle est liée aux avantages qu'offrent les mutuelles en termes de réduction des dépenses de santé. En raison des coûts élevés des soins, l'adhésion à une mutuelle permettrait un accès aux soins à moindre coût.

7.3. Les motifs de non-adhésion aux mutuelles de santé

Au cours de notre enquête de terrain, les non adhérents ont évoqué les raisons de non-adhésion à une mutuelle de santé. Nous avons noté le manque de moyen financier, la taille de la famille, l'absence d'information. Les acteurs de la mutuelle, quant à eux, ont mis en avant le manque d'engagement de la population

7.3.1. Manque de moyens financiers

L'étude d'Allegri et al 2006 indique qu'une faible capacité contributive des ménages constitue un frein à l'adhésion aux mutuelles de santé. Cette raison est aussi évoquée par nos interviewés. Selon les non adhérents, le fait de ne pas adhérer à une mutuelle de santé est lié à un manque de ressources financières. Ce manque de ressources découle d'une absence de revenu fixe ou d'un faible revenu, l'agriculture étant la principale activité. De ce fait, le manque d'argent constitue la première barrière à l'adhésion dans une mutuelle. Cette situation financière instable est accentuée par la taille de la famille, très importante en milieu rural.

Dans la zone rurale étudiée comme évoqué plus haut, la famille ne se résume pas aux enfants biologiques, elle est élargie et englobe les cousins, les neveux, les oncles, les grands-parents. Le revenu de la famille ne permet pas de cotiser pour tous les membres. C'est le cas d'Ami (2020), elle déclare :

« Nous sommes en zone rurale, la population habite dans de grandes concessions et c'est une à deux personnes qui travaillent. Ces dernières ne peuvent pas cotiser pour

toute la famille. Ce n'est pas un refus mais un manque d'argent. Prenons mon exemple: je n'ai pas adhéré parce que j'habite dans une grande famille. Je suis avec les enfants de mon défunt fils, et mes autres petits-enfants en plus de leur père et mère. Je ne peux pas cotiser pour toute la famille. Je ne peux pas aussi inscrire les enfants de mon défunt fils et laisser les autres. J'ai alors dit à mes fils que chacun d'entre eux adhèrent et fait bénéficiaire sa petite famille comme ça il ne restera que moi et mes petits enfants orphelins de père. Je pourrai alors cotiser pour eux. Ils ne l'ont pas fait. C'est pour cela que dans ma famille personne n'a adhéré. Moi, en tant que professionnel de la santé, je ne paie pas mes frais de santé. Quand je tombe malade ma consultation et mes médicaments sont gratuits sauf si je dois les acheter à l'officine »

Une autre nous dit : « je veux adhérer mais je ne peux pas parce que j'ai 9 enfants et je ne peux pas cotiser pour tous les 9 » femme de 48 ans, mariée polygame, extrait focus group.

« Quand on m'a parlé de mutuelle, j'avais 3 enfants, c'était avant la naissance de cet enfant. Je devais cotiser 3000 ou 3500 FCFA, je ne me rappelle plus pour mes enfants et moi. Pendant ce temps, le travail de mon mari ne marchait plus. Je ne lui ai rien dit. Imaginez une personne qui n'a pas d'argent, tu lui proposes une chose où il doit déboursier de l'argent. Il peut penser que je ne comprends pas sa situation. Que je suis insensible à ce qui lui arrive. C'est pourquoi je ne lui ai rien dit. Je ne veux pas l'accabler » Salamata, 31 ans, mère de 4 enfants,

Les propos de ces enquêtés montrent que le niveau de revenu des ménages influe sur la décision d'adhérer. L'enrôlement d'un nombre aussi important de membres dans une mutuelle de santé constitue une limite. Comme ces femmes non adhérentes, d'autres personnes interrogées considèrent le manque d'argent et la taille de la famille comme la raison principale qui pourrait expliquer la non-adhésion aux mutuelles de santé.

Malgré, leur situation financière, quelques non adhérents considèrent le montant de la cotisation abordable par rapport aux frais de soins à payer en cas de maladie, c'est-à-dire en termes de coût et de bénéfice. C'est ce que déclare cette enquêtée « *Je reconnais que 3500 FCFA par/an est plus facile à avoir qu'une ordonnance de 50 000 FCFA* ». Cependant, la périodicité du versement de la cotisation rend les non adhérents hésitants. Ces derniers appréhendent le versement régulier de la cotisation.

7.3.2. Insuffisance d'activités de sensibilisation

Les non adhérents interviewés évoquent : le manque d'informations, l'arrêt des activités de sensibilisation, les rumeurs sur la non-disponibilité des services par exemple les ruptures de médicaments dans les structures sanitaires, la méconnaissance de la procédure, l'absence d'informations sur le fonctionnement de la mutuelle comme des raisons qui expliquent leur décision de ne pas adhérer :

« Donner 3500 FCFA/personne/an c'est quasi impossible en zone rurale dont l'activité principale est l'agriculture. En plus si personne dans la famille est tombé malade durant toute l'année, c'est une perte d'argent pour la famille parce qu'il faudra renouveler l'année suivante sans avoir bénéficié d'une couverture. Ils disent « j'attends de tomber malade et payer mes soins que de payer sans être malade » Ami, non bénéficiaire

Le point de vue de cette enquêtée peut s'expliquer par une méconnaissance des principes de la mutualité. Les non adhérents n'épousent pas l'esprit de solidarité qui anime la mutuelle, où ceux qui sont bien portants cotisent pour faire bénéficier ceux qui sont malades. Il y a une méconnaissance du partage de risque.

Notre étude a montré un déficit d'informations sur les mutuelles de santé. En outre, la population a peu de connaissance sur les mutuelles, d'aucuns ne connaissent pas les sièges de mutuelles, les prestations offertes, les structures conventionnées ou les modalités d'inscriptions. Nous avons rencontré des personnes qui nous demandaient « qu'est-ce qu'une mutuelle ». Ce cas de figure a été noté à Patar Sine. En effet, lors d'une séance d'observation au poste de santé de Patar Sine, toutes les personnes qui se sont présentées à la salle de consultation ont fait l'objet d'un entretien de quelques minutes pour recueillir leurs connaissances sur la mutuelle de santé. Cette expérience a révélé un niveau de connaissance sur la mutualité très faible à Patar Sine. Le gérant de la mutuelle souligne que « cela fait plus d'une année que la mutuelle n'a pas organisé d'activités de sensibilisations », or ces activités favorisent le recrutement de nouveaux adhérents.

7.3.3. Manque de confiance dans la mutuelle

La confiance envers les agents de mutuelle peut influencer sur la décision d'adhérer à la mutuelle. Waelkens et Criel, (2004) distinguent deux dimensions dans la confiance : la confiance dans la gestion de la mutuelle et la confiance dans la capacité de la mutuelle à couvrir les prestations. En effet, la transparence dans la gestion de la mutuelle influe sur la décision d'adhérer à une mutuelle. Notre étude confirme ces aspects.

Au cours de notre étude, les enquêtés évoquent la gestion de la mutuelle, particulièrement, celle de Ngayokhème, jugée douteuse. Ce qui a conduit à une rivalité entre le bureau de la mutuelle et le chef de village. Ce dernier dénonce un manque de transparence dans la gestion de la mutuelle et une incapacité de la mutuelle à prendre en charge les frais de ses bénéficiaires. Cette situation a conduit à un climat de méfiance. Face à cette situation, la population préfère s'abstenir.

7.3.4. Manque d'engagement de la population

Cette raison est évoquée par les acteurs de la mutuelle. La non-adhésion aux mutuelles de santé, selon les acteurs régionaux des mutuelles de santé, peut s'expliquer par l'absence d'engagement de la population. Ils affirment que la population connaît l'utilité des mutuelles de santé.

Concernant l'assurance scolaire (la CMU élèves), le responsable administratif et financier de l'union des MS de Fatick souligne

« Nous avons organisé des campagnes de sensibilisation au niveau local et au niveau des écoles, la majeure partie des parents d'élèves sont des adhérents d'une mutuelle donc l'information est passée. Mais le problème c'est l'engagement. Et cela est dû au fait que les parents ne ressentent pas la nécessité de le faire. Mais aussi à la somme de 1000 FCFA qu'il faut donner. Cela peut ne pas paraître grand-chose mais en milieu rural c'est une somme difficile à avoir pour un paysan. Un autre facteur qui freine l'engagement c'est l'incompréhension du fonctionnement d'une mutuelle. »

Selon cet interlocuteur, la non adhésion à une mutuelle de santé ne peut pas s'expliquer que par une méconnaissance des mutuelles de santé, d'autant plus qu'elles sont présentes dans les localités depuis plusieurs années. Mais plutôt par un manque d'engagement de la population, qui pourrait s'expliquer par l'absence de moyen financier. En prenant, l'exemple de l'assurance scolaire, les parents, face à l'incapacité à payer les frais de scolarité et la cotisation à la mutuelle de leur enfant, font le choix de ne pas faire adhérer leur enfant.

Cependant, certains non adhérents reconnaissent la négligence et le manque de volonté qui les animent comme le souligne une femme lors du focus group avec les non adhérents de Niakhar

« C'est aussi un manque d'intérêt de notre part parce qu'à chaque fois que je rencontre le gérant de la mutuelle de Niakhar, il m'invite à adhérer à la mutuelle et nous explique l'utilité des mutuelles de santé. Je reconnais que 3500 FCFA par/an est plus facile à avoir qu'une ordonnance de 50 000 FCFA »

La faiblesse du nombre d'adhésion n'est pas le seul problème que rencontrent les mutuelles de santé. Elles sont confrontées à la fidélisation des bénéficiaires. Ainsi, la question du non renouvellement des cotisations constitue une difficulté majeure dans les mutuelles de santé étudiées.

7.4. Le renouvellement des cotisations

Les mutuelles de santé de Niakhar, Ngayokhème et Patar Sine existent depuis quelques années. Cependant, nous avons remarqué que le nombre de personnes affiliées par rapport à la population totale reste faible comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3: rapport entre le nombre de bénéficiaires et la population totale

Commune	Population	BSF	Adh. Class	Bénéf. Class	CMU élève	CEC	Bénéf. à jour
Niakhar	28 382	5293	2060	10827	3030	37	4558
Ngayokhème	27 324	4627	730	4806	593	0	19
Patar Sine	28 436	4159	3313	5021	930	0	50

Source : données mutuelles de santé (2019)

Pour connaître le nombre de bénéficiaires dans les mutuelles de santé de Niakhar, Ngayokhème et Patar Sine, nous avons utilisé les données des rapports trimestriels des mutuelles. Ce tableau montre le nombre de bénéficiaires par rapport à la population cible.

L'analyse des données du tableau montre un nombre de bénéficiaires classiques largement supérieur au nombre de bénéficiaires à jour. Rappelons que les bénéficiaires à jour, sont l'ensemble des bénéficiaires ayant renouvelé leur cotisation au cours de l'année.

Le nombre de bénéficiaires à jour de leur cotisation est assez faible à Ngayokhème et Patar Sine. Ce faible taux de renouvellement nous pousse à nous poser les questions suivantes. Qui sont les bénéficiaires qui ont renouvelé leur cotisation ? Pourquoi? Quelles relations entretiennent-elles avec la mutuelle ? Pour avoir des réponses à ces questions, nous avons consulté le registre des adhésions et interrogé les gérants et les bénéficiaires à jour.

A Patar Sine, sur les 50 bénéficiaires à jour, 25 habitent Patar Sine, les autres viennent des villages environnants. La mutuelle de Patar Sine couvre 21 villages mais seulement les villages de Diadiack comptent 1 adhérent, le secrétaire de la mutuelle qui a cotisé pour 2 personnes, le village de Baddad, Wakhall Diam, compte chacun 1 adhérent, le village de Dioum 1 adhérent, qui est une personne très malade, le village de Mback 1 adhérent, un ami du président de la mutuelle, le village de Ndiambour compte 3 bénéficiaires. Au village de Makhadji, le secrétaire

municipal a cotisé pour sa femme et ses 2 enfants, à Mbakan, le chauffeur du maire a cotisé pour ses deux femmes, à Keur Ngane un fonctionnaire a fait adhérer sa femme et ses 6 enfants.

En outre, à la mutuelle de Patar Sine, toutes les personnes ayant renouvelé leur cotisation sont soit des amis d'enfance, des cousins, des voisins du gérant, soit des employés de la mairie de la commune. Ainsi, tous les bénéficiaires à jour de la mutuelle entretiennent des liens étroits avec les membres du bureau de la mutuelle, ce qui peut influencer sur leur décision de renouveler.

A Ngayokhème, les 19 bénéficiaires à jour sont originaires du village de Ngayokhème. Ces bénéficiaires à jour sont constitués majoritairement de nouveaux arrivants à la mutuelle et des membres du bureau de la mutuelle.

Dans les mutuelles de Patar Sine et de Ngayokhème, les bénéficiaires à jour entretiennent des relations étroites avec les membres du bureau de la mutuelle. Toutefois, les motifs de renouvellement évoqués sont peu nombreux.

Le cas de la mutuelle de Niakhar est particulier, elle bénéficie d'appui de partenaires qui enrôlent et renouvellent la cotisation des membres. En effet, la majorité des bénéficiaires à jour sont couverts par une ONG ou des acteurs politiques. Peu de bénéficiaires renouvellent eux même leur cotisation. C'est pourquoi, elle a une configuration différente des deux autres mutuelles. Cependant, les bénéficiaires ont évoqué les mêmes motifs de renouvellement des cotisations dans les trois mutuelles de santé

La raison qui revient le plus souvent, est la réduction des frais de santé comme en témoigne Woly 35 ans, mère de 5 enfants :

« Avec mon carnet de mutuelle, je me suis rendue à Fatick pour faire une radiologie, les frais s'élevaient à 15 000 FCFA, j'ai payé 3000 FCFA. Depuis ce jour, je renouvelle ma cotisation ».

Pour de nombreux bénéficiaires de mutuelle, la réduction des frais de santé constitue la principale raison de renouvellement. Toutes les personnes interrogées ayant bénéficié d'une prise en charge de la mutuelle, reconnaissent que faire partie d'une mutuelle réduite considérablement leurs dépenses de santé.

Les personnes bénéficiaires interrogées dans le cadre de cette étude, soutiennent que l'adhésion à une mutuelle de santé favorise l'accès aux soins avec une fréquentation régulière des structures

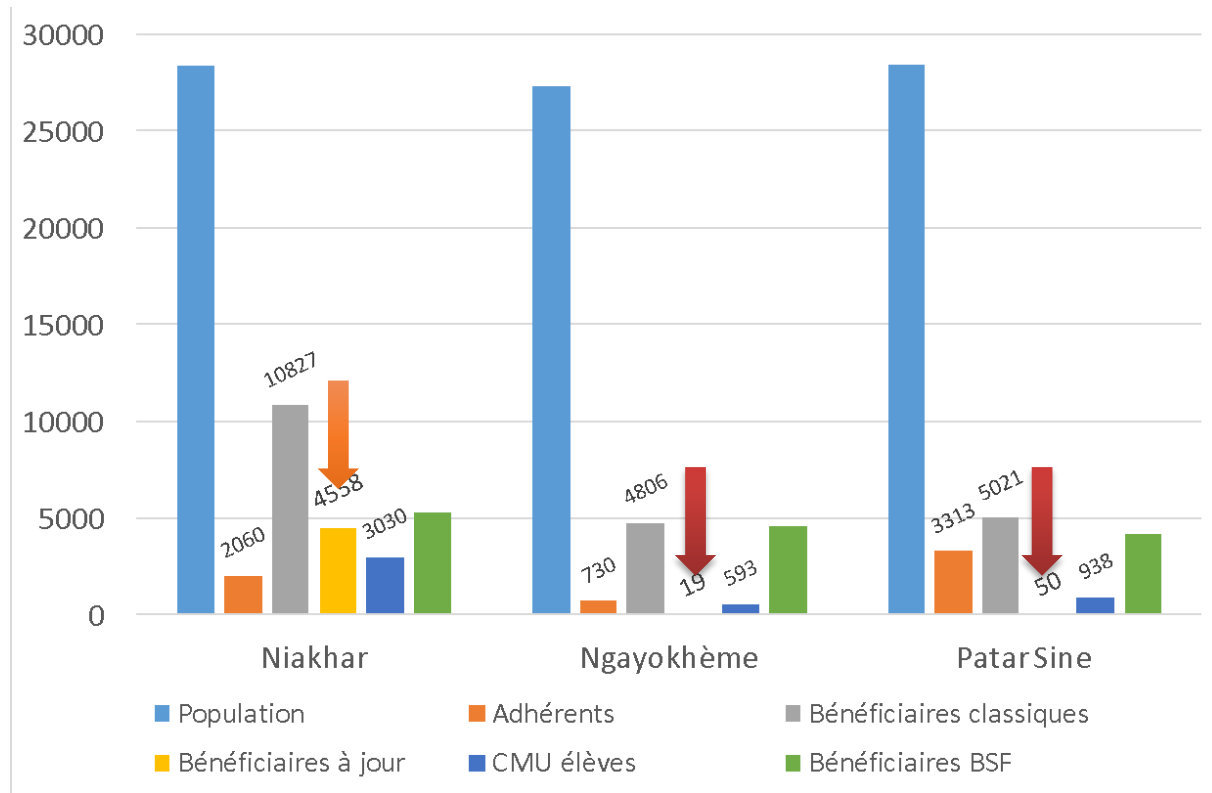
sanitaires. Dans le même ordre d'idée, la sage-femme de Ngayokhème fait une comparaison entre les adhérents et non adhérents sur l'utilisation des services de la maternité. Elle affirme que :

« La majorité des femmes qui viennent en consultation n'ont pas adhéré à une mutuelle de santé. Quand je leur prescris un bilan qui coûte 6000 FCFA, elles reviennent au rendez-vous sans effectuer les analyses. Et elles te disent qu'elles n'ont pas pu trouver l'argent. Contrairement à celles qui détiennent les carnets de mutuelles, elles respectent les rendez-vous et savent qu'elles ne vont payer que 20 %. Récemment, j'ai prescrit un bilan complet à une femme, elle est allée à Niakhar pour le faire, au retour elle m'a dit que le bilan coûtait 16 000 FCFA mais elle n'a donné que 3500 FCFA ».

Cet exemple montre une accessibilité financière aux soins plus importants chez les bénéficiaires de mutuelle par rapport aux non bénéficiaires. Pour ces bénéficiaires à jour, plus particulièrement les femmes en état de grossesse, le manque de moyen financier ne constitue plus un obstacle aux soins. Les dépenses de santé (consultation, bilan, échographie, accouchement) lié à la grossesse sont prises en charge à hauteur de 80 % dans les structures sanitaires.

En dehors, des bénéficiaires à jour de leur cotisation, d'autres bénéficiaires ou anciens adhérents se sont retirés de la mutuelle à cause de relations conflictuelles avec le gérant, non remboursement des ordonnances, non disponibilité des médicaments, disponibilité limitée des gérants. Dans les trois mutuelles étudiées, le nombre de bénéficiaires non à jour est important. Afin de rendre plus visible l'écart entre mutuelle de santé, les données seront présentées sous forme de diagramme.

Figure 7: diagramme représentant le rapport entre la population et le nombre de bénéficiaires par commune



Source : tableau issu de l'analyse des données recueillies sur le terrain (M. Diédhiou)

Cette figure représente les effectifs des populations concernées dans chaque commune et les catégories d'adhérents aux mutuelles de santé. La colonne bleue représente l'effectif de la population de chaque commune qui varie entre 27000 à 28000 habitants. Il s'agit de la population cible des mutuelles de santé. Les colonnes orange représentent les adhérents classiques, les colonnes grises, les effectifs des bénéficiaires classiques et en jaune, les bénéficiaires à jour de leur cotisation.

Nous constatons tout d'abord que les proportions des adhésions (tous types confondus) restent faibles par rapport à la population cible. Ensuite les chiffres nous montrent un nombre d'adhérents variables entre les trois mutuelles

En 2019, la mutuelle de Niakhar comptait 4558 bénéficiaires classiques à jour de leur cotisation sur un total de 10827 bénéficiaires classiques. Ce qui signifie que près de la moitié des

bénéficiaires ont renouvelé leur cotisation par rapport aux deux autres mutuelles de santé. Qu'est ce qui fait la particularité de cette mutuelle ?

Comme évoqué un peu plus haut, l'ancienneté et l'expérience de cette mutuelle font qu'aujourd'hui, la mutuelle arrive à maintenir une partie de ses bénéficiaires. Pour rappel, en 2014, avec la mise en œuvre de la politique de couverture maladie universelle au Sénégal, 14 départements pilotes dont Fatick ont été choisis pour mettre en œuvre cette politique. Ainsi des mutuelles de santé ont été installées, d'autres restructurées dont celle de Niakhar. En plus de ses acquis, la mutuelle a bénéficié d'un appui technique et financier des partenaires. De ce fait, l'ancienneté, l'expérience, le niveau de connaissances de la mutualité, la maîtrise des outils de gestions, le partenariat avec les acteurs politiques et ONG font d'elle une mutuelle performante. Comme le souligne le responsable de l'assurance maladie de Fatick :

« La mutuelle de Niakhar, est une mutuelle qu'on peut qualifier de performante et qui joue pleinement son rôle à savoir que la mutuelle recrute des adhérents, la mutuelle offre des prestations, elle rembourse ses prestations (...) ».

Ces propos recueillis auprès d'un acteur régional montrent le mode de fonctionnement de la mutuelle de Niakhar qui fait d'elle aujourd'hui, une mutuelle qui tend vers la professionnalisation.

Un autre aspect ressort de nos entretiens, il s'agit de la disponibilité des dirigeants de la mutuelle de Niakhar. Le bureau de la mutuelle de Niakhar est ouvert du lundi au vendredi, de 8h à 17h avec une pause d'une heure. Elle compte deux gérants à plein temps. Elle dispose aussi d'outils informatiques pour la gestion des données de la mutuelle.

Malgré, cette organisation, la proportion de bénéficiaires à jour par rapport à la population demeure faible, seulement 16% à Niakhar.

A Ngayokhème, sur un total de 4086 bénéficiaires classiques, seuls 19 bénéficiaires sont à jour de leur cotisation. Ces chiffres montrent un taux de renouvellement des cotisations très faible. Par conséquent, le taux de pénétration constitue moins de 1% de la population cible. Qu'est ce qui explique la faiblesse du taux de renouvellement à Ngayokhème?

A Ngayokhème, l'ancien président de la mutuelle était aussi un prestataire de soins au poste de santé de Ngayokhème. Ce qui a créé un conflit d'intérêt. Cette situation a conduit à un dysfonctionnement de la mutuelle (refus de faire adhérer les personnes avec une santé fragile).

Une entrevue avec le chef de service de la CMU de Fatick révèle une gestion douteuse de la mutuelle. À ce propos, elle soutient :

« Si le bureau exécutif, qui est chargé de tout ce qui est gouvernance de la mutuelle, c'est-à-dire de statuer sur les décisions à soumettre au conseil d'administration, d'évaluer la situation de la trésorerie, de jauger les besoins de la mutuelle ne tient pas régulièrement de réunions; que tout tourne autour du président, que lui-même est toujours occupé. Cela conduit à une gestion non transparente. Ce qui a favorisé sa restructuration et la création d'un nouveau bureau avec de nouveaux membres ».

Ce faible taux peut s'expliquer par les tensions internes au niveau de la mutuelle qui opposent le bureau de la mutuelle, le chef de village et les bénéficiaires de mutuelle. Cette situation a entraîné le retrait de certains bénéficiaires, qui faute de bénéficier d'une couverture de mutuelle préfèrent s'abstenir. Nos observations au sein de la mutuelle révèlent une mutuelle de santé ouverte 3 jours sur 5, et qui ne dispose pas d'outils informatiques pour la gestion des données.

A Patar Sine, en 2019, sur 5042 bénéficiaires classiques, 50 étaient à jour de leur cotisation. Dans la mutuelle de Patar Sine, le taux de renouvellement demeure faible. Dans cette zone ; c'est plus la méconnaissance de la mutuelle de santé, l'insuffisance d'activités de sensibilisations et le retrait de l'ONG World Vision qui peut expliquer cette faiblesse.

Le problème de non-renouvellement des cotisations n'est pas spécifique à ses trois mutuelles. Le rapport situationnel des organisations communautaires dans le cadre de la CMU de 2017 à 2019 fait état de cette situation que rencontrent la plupart des mutuelles de santé au Sénégal.

Dans notre étude, nous avons tenté d'expliquer les causes du non-renouvellement des cotisations dans l'arrondissement de Niakhar et d'exposer les raisons évoquées par les différents acteurs.

7.4.1. Les motifs de non-renouvellement des cotisations

Dans cette sous-partie, nous avons examiné pourquoi les bénéficiaires ne renouvellent pas leur cotisation. Pour cela, nous nous sommes basées sur les entretiens réalisés auprès des acteurs régionaux, des bénéficiaires non à jour et des professionnels de santé. Ces données nous permettront d'exposer les facteurs pouvant expliquer le faible taux de renouvellement des cotisations dans l'arrondissement de Niakhar

7.4.1.1. Selon les acteurs régionaux et locaux des mutuelles de santé

Ces acteurs analysent la faiblesse du taux de renouvellement en se basant sur la typologie d'adhésion. Concernant les adhésions par un organisme ou acteurs politiques, le renouvellement n'est pas automatique. Comme le souligne, le responsable de l'assurance maladie de Fatick

« Une personne de bonne volonté peut enrôler en masse la population, si l'année suivante, il ne renouvelle pas, ces bénéficiaires n'ont pas la possibilité de se prendre en charge. Cela crée de la désaffiliation au niveau de la mutuelle. Et ça biaise les informations parce que ces personnes sont toujours bénéficiaires de la mutuelle mais ne sont pas à jour de leurs cotisations. Cela rend le taux de recouvrement très faible et le taux de fidélisation aussi, qui sont les indicateurs pour mesurer la viabilité de la mutuelle » (2019).

Dans cette zone, nous notons la présence de partenaires qui interviennent dans les mutuelles. Mais ils ne sont pas toujours liés à la mutuelle par un contrat. De ce fait, l'arrêt d'une quelconque forme de collaboration peut se faire à tout moment. Nous assistons alors à un non-renouvellement des cotisations des bénéficiaires comme ce fut le cas à la mutuelle de Patar Sine en 2018.

« World vision nous a accompagnés dans le cadre de la CMU élèves. En fin 2017, il s'est retiré parce que cela a coïncidé avec la fin de son programme. C'est pourquoi nous n'avons pas bénéficié d'un accompagnement en 2018. Nous avons alors informé le CODEC et les directeurs d'écoles qu'il n'y aurait pas d'appui de World Vision. Malheureusement les écoles n'ont pas renouvelé » gérant de la mutuelle (2019)

Les bénéficiaires des adhésions par organisme sont dans la plupart des cas confrontés à un problème de renouvellement des cotisations. En cas de retrait du partenaire, les bénéficiaires sont dans l'incapacité de verser la cotisation annuelle. Rappelons que les ONG ciblent les personnes démunies et les enfants.

Les acteurs régionaux l'expliquent par le fait qu'aucune convention ne lie le service régional de la CMU et les partenaires de mutuelles. Donc le service ne peut contraindre les partenaires à renouveler annuellement la cotisation des personnes enrôlées.

Cependant, en 2019, le service régional de la couverture santé universelle de Fatick a signé un contrat avec le village d'enfants SOS, qui s'est engagé à renouveler chaque année la cotisation des personnes enrôlées dans la mutuelle de Niakhar pour une durée de 3 ans.

D'autres aspects relatifs au non-renouvellement des cotisations ont été soulignés, il s'agit du manque d'informations des bénéficiaires sur le fonctionnement des mutuelles.

Incompréhension du fonctionnement de la mutuelle

Les mutuelles de santé disposent d'un mode de fonctionnement qui est parfois méconnu de la population. En effet, adhérer à une mutuelle de santé n'offre pas systématiquement une couverture. Ce qui crée parfois de la frustration liée au refus de la mutuelle de couvrir les frais de santé des adhérents pendant la période probatoire d'un mois et au fait qu'ils aimeraient bénéficier des services de la mutuelle sans délai d'attente.

A Ngayokhème, par exemple, les gérants de la mutuelle « gardent les carnets des bénéficiaires jusqu'à la fin du délai d'attente qui est d'un mois, puis ils apportent les carnets des bénéficiaires au poste de santé qu'il remet à un patient qui se chargera une fois au village de les remettre aux bénéficiaires ». Ces mesures adoptées par la mutuelle, ne sont pas toujours comprises par la population.

7.4.1.2 Selon les bénéficiaires non à jour de leur cotisation

Les motifs de non-renouvellement évoqués par ces acteurs sont multiples. Il s'agit du

Non renouvellement des adhérentes femmes après accouchement

Les femmes en âge de procréer, surreprésentés dans les mutuelles de santé, bénéficient d'une prise en charge de 80 % des consultations pré et postnatale, des examens biologiques pendant la grossesse et des frais d'accouchement. Mais elles ont tendance à ne pas renouveler leur cotisation. Comme en témoigne cette bénéficiaire non à jour

« Je me suis inscrite quand j'étais enceinte de mon fils, après l'accouchement, je n'ai pas renouvelé la cotisation. Mon fils a aujourd'hui 7 ans »

« Le nombre de cotisations que nous avons enregistré à l'implantation de la mutuelle a considérablement diminué. Nous avons remarqué une chose, nous recevons de plus en plus des adhésions par nécessité c'est-à-dire les hommes qui font adhérer leur femme pour bénéficier d'une prise en charge durant toute la période de grossesse jusqu'à l'accouchement » (PCA, Patar Sine 2019).

Ce constat est le même dans les trois mutuelles de santé étudiées. Les femmes interrogées affirment que la décision de renouveler la cotisation, vient après le constat d'une nouvelle grossesse. Rares sont celles qui renouvellent à la naissance de l'enfant. En plus, pour que l'enfant puisse bénéficier des services de la mutuelle, il faut d'abord verser le montant de la cotisation qui s'élève à 3500 FCFA/personne. Cette somme constitue un frein au renouvellement de la cotisation.

Les données révèlent aussi que la décision de renouveler la cotisation vient le plus souvent du mari parce que c'est lui qui verse le montant de la cotisation.

Insuffisance d'informations sur les structures conventionnées et les procédures de remboursement

Ce point revient le plus souvent dans le discours des enquêtés. La méconnaissance des structures conventionnées constitue un obstacle pour bénéficier des services de la mutuelle. Le problème intervient quand le bénéficiaire fait recours à une structure sanitaire hors de la zone de la mutuelle. Dans ce cas de figure, il peut se présenter dans une structure sanitaire non couverte par la mutuelle. Le chef de village nous partage son expérience à ce sujet :

« Si le bénéficiaire tombe malade et qu'il veut se faire soigner, c'est là où se trouve le problème. Ils ne vous disent pas les pharmacies agréées où vous pouvez acheter les médicaments alors qu'avant d'y aller nous passons les voir. En principe, ils devaient nous renseigner sur les pharmacies conventionnées. Par exemple, j'avais une ordonnance que je devais acheter. Je n'ai pas trouvé de charrette pour aller à Niakhar. J'ai rencontré un parent qui a proposé de m'amener à Bambey. J'y suis donc allé. Je n'ai pas bénéficié d'une réduction ni d'un remboursement. Ensuite ma femme est tombée enceinte et jusque-là ils ne m'ont pas remboursé donc je ne vais plus faire partie de la mutuelle ».

Les propos du chef de village révèlent un manque de communication entre la mutuelle et les bénéficiaires. Ce qui conduit à une incompréhension et une confusion. En effet, en se rendant dans une structure non conventionnée, le bénéficiaire ne peut prétendre à une prise en charge de 80 % de ses frais de santé. Face à cette situation, d'aucuns préfèrent se retirer de la mutuelle.

A Niakhar, les bénéficiaires de mutuelle rencontrent aussi les mêmes problèmes. Comme le souligne le président de l'association des handicapés de Niakhar :

« Hier nous avons emmené cet enfant à l'hôpital régional de Kaolack, sur place les médecins nous ont dit que l'hôpital de Kaolack n'est pas en convention avec la mutuelle de Niakhar. La mutuelle ne nous a pas expliqué tout cela, nous avons su récemment qu'il fallait passer par l'union départementale des mutuelles de santé de Fatick. Il y a un manque de communication entre la mutuelle et les bénéficiaires. Les bénéficiaires ne connaissent pas toutes les structures de santé avec lesquelles la mutuelle est en convention. Ce sont ces difficultés que rencontrent la plupart des bénéficiaires de la mutuelle de Niakhar. Il y a un réel défaut de communication de la part de la mutuelle ».

Il ajoute :

« C'est une chose d'adhérer à la mutuelle et une autre de comprendre comment marche la mutuelle, comment faire pour bénéficier des soins. Un jour j'étais parti à Fatick pour

une consultation on m'a prescrit une ordonnance, la pharmacie de l'hôpital n'avait pas les médicaments donc je suis allé à l'officine avec ma lettre de garantie que j'ai présentée au pharmacien. Il m'a dit qu'il ne travaillait pas avec la mutuelle de santé de Niakhar. Il m'a demandé d'aller à l'union départementale des mutuelles de santé récupérer une lettre de garantie pour pouvoir bénéficier d'une réduction de 50 % donc j'ai fait des allers-retours parce que je ne savais pas comment ça se passe »

L'absence d'information sur la procédure à suivre afin de bénéficier d'une prise en charge de la mutuelle constitue une difficulté majeure. Les bénéficiaires à jour, par manque d'informations suivent un circuit complexe. Cette complexité peut favoriser le non-renouvellement des cotisations des bénéficiaires. Cette situation est due au déficit de communication de la mutuelle comme le montre les exemples ci-dessus.

Méconnaissance des services non couverts par les mutuelles

D'après les données du terrain, la majorité des bénéficiaires ne connaissent pas les services non pris en charge par la mutuelle. Les bénéficiaires à jour de mutuelles peuvent bénéficier d'une prise en charge de 80 % des services offerts dans les centres et postes de santé. Cependant, comme tout système d'assurance maladie, il existe des exclusions.

Ces dernières années, il est noté une augmentation des cas de maladies chroniques. Au Sénégal, le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer prennent de l'ampleur. Ce sont des pathologies avec des traitements coûteux et de longue durée. Le fait d'exclure les médicaments des maladies chroniques est une stratégie des mutuelles qui privilégient les petits risques. Dans cette étude, nous avons interrogé des bénéficiaires de mutuelles qui souffrent d'hypertension artérielle et de diabète. Ces adhérents de mutuelles prennent connaissance de ses exclusions, le plus souvent en se rendant à la pharmacie pour renouveler leur ordonnance. Il arrive que certains bénéficiaires obtiennent des médicaments pour la tension artérielle, d'autres par contre se voient refuser une prise en charge à la pharmacie pour les mêmes médicaments.

Le bureau de la mutuelle explique cet état de fait par une erreur du pharmacien. A la base, les médicaments destinés aux maladies chroniques ne sont pas couverts par les mutuelles. Il arrive que les pharmaciens par méconnaissance appliquent les 50 % de réduction sur ces médicaments. Dans ce cas, la mutuelle peut refuser de payer la facture. Comme le souligne le trésorier de la mutuelle de Niakhar.

« Quand on reçoit les factures, on les ramène au niveau du département. Il y a un médecin qui est là-bas et qui vérifie les factures de la pharmacie. Il fait le tri pour

vérifier si les médicaments donnés aux bénéficiaires sont couverts ou non par la mutuelle. Au cas contraire, il met une croix et nous signale qu'on ne peut pas prendre ses médicaments et nous renvoie l'ordonnance. Après on fait savoir au pharmacien que tel médicament n'est pas couvert par la mutuelle. On soustrait le prix du médicament sur la somme qu'on doit payer ».

Ce cas de figure arrive régulièrement. D'autant plus que dans les conventions signées, il n'y a pas une liste de médicaments à exclure. C'est ce qui explique le fait qu'il y a des adhérents à jour qui bénéficient d'une prise en charge pour les médicaments des maladies chroniques. Sami, un homme de 70 ans, souffrant d'hypertension artérielle bénéficie de cette couverture

« Le médicament pour la tension coûte 20 000 FCFA mais je bénéficie d'une réduction de 50 % à la pharmacie de Fatick, je donne juste 10 000 FCFA. A la pharmacie de Niakhar, je ne bénéficie pas de réduction, c'est pourquoi je me rends toujours à Fatick pour renouveler mon ordonnance ».

D'autres bénéficiaires par contre, face au refus d'une prise en charge des frais d'ordonnances à la pharmacie, ne sont plus motivés à renouveler leur cotisation. Selon les bénéficiaires, le fait d'exclure les médicaments des maladies chroniques constitue une limite des mutuelles de santé. Ils remettent même en cause les principes fondamentaux des mutuelles que sont la solidarité, l'entraide. Cette situation constitue un frein au renouvellement des cotisations.

Un autre aspect ressort de nos entretiens. Il concerne particulièrement la mutuelle de Ngayokhème. Au poste de santé, la consultation qui coûte 300 FCFA n'est pas couverte par la mutuelle. L'ICP explique les raisons en ces termes

« Le ticket coûte 300 FCFA et cet argent est destiné à payer les ASC. Le ticket ne fait pas partie du paquet de service. Le bénéficiaire achète entièrement le ticket parce que la mutuelle tarde à payer les prestations et cela n'arrange pas le poste de santé. Seuls les bénéficiaires de la BSF n'achetaient pas de tickets et ces derniers ne sont plus pris en charge gratuitement dans la structure ».

Ces faits nous poussent à nous demander si la consultation n'est pas couverte par la mutuelle et que les médicaments ne sont pas disponibles au poste, en quoi la mutuelle de Ngayokhème participe à la réduction des dépenses de santé de ses bénéficiaires ? Nos interlocuteurs affirment que la couverture est quasi inexistante à Ngayokhème. Les rares personnes qui en bénéficient sont les femmes en état de grossesse qui se rendent au centre de santé de Niakhar pour les analyses et examens.

Ce mode de fonctionnement peut expliquer le faible taux de renouvellement qu'enregistre la mutuelle de Ngayokhème.

Disponibilité limitée des médicaments dans les structures sanitaires et non remboursement des ordonnances

La question de la non-disponibilité des médicaments revient souvent dans les propos des professionnels de santé, des acteurs régionaux et des bénéficiaires de mutuelle. Deux causes sont avancées par les professionnels de santé à savoir le retard de remboursement de l'État et les difficultés que rencontrent la pharmacie nationale d'approvisionnement.

Concernant le retard de remboursement des prestations offerts aux enfants de 0-5 ans, le médecin chef du district de Niakhar rappelle que :

« Le dernier remboursement remonte à avril 2017, ce qui entraîne des difficultés de fonctionnement dans la mesure où c'est sur ses recettes que le centre compte pour motiver son personnel communautaire, également pour renouveler le stock de médicament » (2019).

Notre enquête montre que le retard de remboursement constitue le principal problème des structures sanitaires. À ce jour, les structures sanitaires n'avaient pas reçu de remboursement du Plan Sésame. Cette situation a influé sur la gestion de stock de médicaments. Comme le souligne le dépositaire de la pharmacie : « en 2019, nous sommes restés trois mois sans effectuer une commande de médicaments. L'État nous doit beaucoup d'argent mais il y a aussi la négligence du district ». Cet acteur révèle les problèmes de la pharmacie du dépôt qui sont liés à l'absence de ressources financières mais surtout d'une gestion inadéquate des ressources de la pharmacie. L'absence de commande de médicaments n'est pas spécifiquement due au retard du remboursement mais peut découler de la politique de gestion de la structure. Cependant, la mutuelle de Niakhar rembourse mensuellement les prestations de ses bénéficiaires. Quant à celles de Ngayokhème et de Patar Sine, le remboursement se fait avec quelques retards notés par les professionnels de la santé.

Nos observations dans les dépôts de pharmacie du centre de santé de Niakhar et des postes de santé de Ngayokhème et de Patar Sine ont montré une indisponibilité des médicaments pour les adultes et les enfants. Pendant l'entretien avec le dépositaire de la pharmacie, à maintes reprises des patients se présentant avec la lettre de garantie de la mutuelle se sont fait orienter vers la pharmacie privée Fanta Ciré de Niakhar. Pour cause, les étagères du dépôt étaient quasi vides.

Dans les postes de santé de Patar Sine et de Ngayokhème, il arrive que les ICP se procurent des médicaments à crédit au niveau du district de Niakhar et de Fatick. Ces stratégies résolvent le problème de rupture de médicaments de manière provisoire.

L'autre aspect est relatif aux problèmes que rencontrent la pharmacie nationale d'approvisionnement. Au Sénégal, les structures d'approvisionnements en médicaments ont été décentralisées avec la création de pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) pour permettre une accessibilité géographique des médicaments. Le programme « Jéguésina » vise un approvisionnement des médicaments dans les districts sanitaires. Les postes et centres de santé peuvent désormais s'approvisionner au niveau de leurs districts au lieu de la PRA. Le district est chargé de vendre les médicaments et de les rembourser à la PRA. Dans le but d'être plus proche des structures sanitaires et d'éliminer les coûts de transports, le programme « Yeksina » a été initié. Il s'agit d'approvisionner directement les postes de santé en médicaments. Dès lors, les centres et postes de santé peuvent disposer directement de médicaments. Ces deux programmes ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre, liées au non remboursement des structures sanitaires et de l'État. Le médecin chef de district de Niakhar révèle que :

« Toutes les structures doivent de l'argent à la PNA même si on sait que l'État nous doit beaucoup plus. Le district de Niakhar doit autour de 4 millions à la PNA mais la moitié de la dette vient des postes de santé avec le programme « Yeksina ». Aujourd'hui, la PNA refuse de nous approvisionner à crédit ».

Cette situation explique les ruptures fréquentes de médicaments dans les structures sanitaires. De ce fait, la non-disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires influe sur la qualité des soins et constitue un problème structurel (Bossyns, Ladrière, Ridde 2018). Cette situation engendre des dépenses supplémentaires aux bénéficiaires de mutuelles. En effet, les médicaments disponibles dans les officines coûtent plus cher. Ceci constitue une contrainte au renouvellement des cotisations. La non-disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires a été évoquée comme un frein au renouvellement. Le président de la mutuelle de santé de Niakhar souligne :

« A l'hôpital nous n'avons pas accès à tous les services. Un bénéficiaire peut se faire consulter avec son carnet mais pour les médicaments il devrait se rendre à l'officine pour trouver ses médicaments. Tous les bénéficiaires se plaignent du manque de médicaments dans les pharmacies des postes et centre de santé » (2019)

Quant aux bénéficiaires de mutuelles, les avis divergent sur la question de la non-disponibilité des médicaments, une femme de 37 ans, bénéficiaire de la mutuelle de Ngayokhème parle d'un refus de la part des structures sanitaires. Elle affirme :

« Je vois les médicaments sur les étagères de la pharmacie mais ils ne donnent pas aux bénéficiaires de mutuelle. Ils nous disent que les médicaments sont en rupture. Alors j'achète mes médicaments dans une pharmacie extérieure ».

La perception de cette bénéficiaire est partagée par d'autres que ce soit sous forme de rumeurs ou d'un fait avéré, qui expliquent ces ruptures par un refus de prendre en charge les frais d'ordonnances des bénéficiaires.

« J'entends les autres dire que si un malade présente son carnet de mutuelle à l'officine, le pharmacien lui dit qu'il n'a pas de médicaments alors que le médicament est disponible. Je trouve alors que ce n'est pas intéressant de s'inscrire dans une mutuelle de santé et d'acheter entièrement ses médicaments ».

Il apparaît dans les propos de cet interlocuteur que cette information, qu'elle soit fausse ou vraie, est partagée au sein de la communauté et constitue un obstacle à l'adhésion et au renouvellement.

D'autres bénéficiaires expliquent ce fait par un retard de remboursement des mutuelles aux structures sanitaires. Ces avis ont été le plus souvent évoqués par les bénéficiaires de la mutuelle de Ngayokhème. Au cours de l'enquête, nous avons noté un problème entre la mutuelle de Ngayokhème et la pharmacie Fanta Ciré de Niakhar. Tous les bénéficiaires à jour rencontrés affirment avoir entièrement acheté leur médicament à la pharmacie de Niakhar. Le pharmacien évoque les dettes de la mutuelle comme cause du refus de la prise en charge des bénéficiaires. Il affirme que les mutuelles de la zone doivent de l'argent à la pharmacie Fanta Ciré de Niakhar. Ce que le gérant de la mutuelle de Ngayokhème réfute

« Il y a des mutuelles qui doivent beaucoup d'argent à la pharmacie mais la mutuelle de Ngayokhème n'a pas de dettes. Nous avons tout payé ».

Les deux acteurs tiennent des discours opposés sur les raisons de non prise en charge des médicaments des bénéficiaires de mutuelles. Cependant, cette offre de service insuffisante entraîne un découragement des bénéficiaires et constitue une limite au renouvellement des cotisations.

Faible recours aux services de la mutuelle

Le renouvellement des cotisations dépend aussi des perceptions que les populations se font des avantages de la mutuelle. En effet, les personnes adhérentes s'interrogent sur le devenir de leur cotisation si toutefois ils ne tombent pas malade. Est ce qu'ils pourront en bénéficier l'année suivante ? Ces questionnements montrent l'incompréhension même des principes de la mutualité. Dans la zone étudiée, la question du devenir des cotisations revient souvent dans les propos des anciens bénéficiaires de mutuelle. Ces derniers font une comparaison entre les mutuelles et les associations de tontine. Ces deux associations ont un mode de fonctionnement similaire qui est basé sur la solidarité et l'entraide. Cependant, ils diffèrent dans l'offre de service. L'offre de service dans les mutuelles de santé se fait sur la base d'une cotisation annuelle, le respect du délai d'observation et en cas de maladie. Alors que dans les tontines, le participant reçoit la totalité de l'argent qu'il a versé. En comparant ces deux associations, les bénéficiaires perçoivent la mutuelle comme une association non rentable parce qu'il n'y a pas de remboursement en cas de non-utilisation des services. Ce qui explique les propos de certains bénéficiaires « je préfère attendre de tomber malade pour payer mes soins ». Le point de vue de cette ancienne bénéficiaire peut être perçu à travers deux aspects. En premier, les moyens financiers de la famille ne permettent pas une « épargne pour une éventuelle maladie » alors que les besoins nécessaires à savoir se nourrir, se loger ne sont pas satisfaits. En deuxième lieu, cotiser pour faire bénéficier les personnes malades est une conception de la mutualité non partagée par certains anciens bénéficiaires.

Chapitre 8 : La prise en charge des personnes vulnérables : le programme national de la bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité de chances

Au Sénégal, les politiques de protections sociales en faveur des personnes vulnérables s'articulent autour de deux programmes : la bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité de chances. Ils ont pour objectif de réduire les inégalités sociales en termes d'économie, de santé, d'éducation, de transports.

8.1. Les bourses de sécurité familiale

Les ménages les plus démunis sont ceux qui vivent dans l'extrême pauvreté. Ils ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale mais peuvent parfois compter sur la solidarité familiale ou de la communauté pour payer leur frais de santé.

Depuis 2013, le programme des bourses de sécurité familiale s'est déroulé au Sénégal. Il est mis en œuvre par la délégation à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN). Son objectif est de « contribuer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles en vue de renforcer leurs capacités productives et éducatives ». Il s'agit de cibler les personnes démunies, de leur allouer une bourse trimestrielle de 25 000 FCFA pour une durée de 5 ans et de les enrôler dans une mutuelle de santé. L'octroi de la bourse permet aux familles d'effectuer les dépenses essentielles (se nourrir, payer la scolarité des enfants, payer les frais de santé de la famille). A ce jour, 300 000 ménages bénéficient de la bourse de sécurité familiale (PNBSF).

8.1.1. Le ciblage des bénéficiaires de la BSF

Le ciblage se fait à partir du registre national unique. Dans ce registre, sont répertoriés tous les ménages pauvres du Sénégal. Ainsi, en 2017, 46 4548 ménages vulnérables ont été répertoriés dans le registre national unique (DGPSN 2018). Ce processus se fait à trois niveaux : un ciblage géographique, un ciblage communautaire et un ciblage catégoriel impliquant divers acteurs à chaque niveau de la sélection. Le ciblage géographique prend en compte la situation démographique et socioéconomique des ménages en calculant l'incidence de la pauvreté au niveau région et département. Il s'agit de faire la cartographie des personnes pauvres au niveau national. Ces données sont collectées par des techniciens en collaboration avec l'agence nationale de la statistique et de la démographie. Ils ont différents critères pour définir les niveaux de pauvreté d'abord au niveau régional et au niveau départemental. Le ciblage communautaire fait

appel à divers acteurs. Auparavant, le ciblage était réalisé par les services de l'action sociale. Mais en 2016, la délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (DGPSN) a fait appel à des opérateurs sociaux.

C'est ainsi que l'ONG ACDEV a été impliquée dans le processus de sélection des bénéficiaires à Fatick comme opérateur social. Elle est chargée de travailler avec les autorités administratives de la localité pour établir un comité communal composé du maire et de son adjoint, du représentant des femmes, du représentant des chefs de quartiers, du représentant des imams, du représentant des curés, du représentant du service de l'action sociale, du représentant des jeunes. L'opérateur social est chargé de former les membres de la commission sur les critères de pauvreté et les ménages éligibles. Le quota communal sera ensuite réparti entre les quartiers ou villages. Cependant, il arrive que les membres de la commission ne se mettent pas d'accord sur la répartition du quota. Dans ce cas, l'opérateur social applique la « règle de décision ». Il s'agit de calculer la taille de la commune en fonction du quota. Le résultat obtenu est divisé à la taille du village ou du quartier. Après cette phase, un comité de quartier ou villageois est installé. A cette étape, les relais et superviseurs de l'opérateur social interviennent. Ils installent le comité de village ou de quartier composé du chef de quartier, des badjenoux gokh, de l'infirmier chef de poste, du directeur d'école et des personnes ressources de la localité comme les notables et autres. Chaque acteur propose une liste de personnes à inscrire. Sur la base du quota, la répartition est effectuée.

Dans la zone de l'étude, à Niakhar, le comité communal est composé de l'adjoint au maire, le centre départemental d'éducation populaire et sportive (CDEPS) le centre d'appui au développement local (CADL) le secrétaire municipal, le représentant des handicapés, le représentant du médecin chef de district. C'est ce comité qui est chargé de la répartition du quota dans les villages de Niakhar. Le compte rendu de la rencontre et la liste des personnes retenues ont été validés par le sous-préfet avant d'être transmis à l'opérateur social. Au niveau des villages ou quartiers le comité avec l'appui des relais et superviseurs répartit les inscrits.

A Patar Sine, le comité communal est composé du maire, du secrétaire municipal, du directeur d'école, de l'ICP, du représentant des chefs de village et d'un conseiller municipal. Selon le gestionnaire du programme de l'ONG ACDEV

« Patar Sine avait au départ 1101 ménages inscrits dans le RNU plus 552 ménages pour l'extension. Il va se retrouver normalement avec 1653 ménages. Et ces 552 ménages vont être répartis au niveau des 21 villages de Patar Sine ».

Le chef de village de Patar Sine :

« Dès que je reçois la fiche, on m'informe du nombre de personne à sélectionner. Je convoque l'imam, le représentant des jeunes, des femmes, le directeur de l'école élémentaire, le représentant de l'église. Tous sont convoqués à la commune. Une fois là-bas, je leur montre la fiche qui indique le nombre de personnes à sélectionner et j'envoie la liste dans les différents villages de la commune. Nous faisons la répartition des quotas. Nous choisissons d'abord les personnes démunies et des fois il arrive qu'on ne s'entende pas sur le choix de certaines personnes vue leur situation différente »

Après la répartition du quota, une assemblée générale de restitution est organisée en collaboration avec l'opérateur social. Il s'agit de convoquer une rencontre avec la population pour discuter du quota fourni par le RNU, celui de la zone et les ménages à enrôler. L'opérateur social offre la possibilité à la population d'accepter ou de réfuter le choix du comité.

Le ciblage catégoriel permet de classer les ménages choisis par le comité communal du plus pauvre au moins pauvre. Il s'agit d'une enquête conduite par les agents de l'ANSD. Ce processus vise à rendre le ciblage transparent pour éviter des réclamations.

Cependant, le processus de sélection reste incompris par la majorité des enquêtées. Une personne interrogée affirme :

« J'ai vu des familles où les enfants travaillent à Dakar avec une belle maison bénéficier de la bourse. Les bénéficiaires sont choisis par rapport à la relation qu'elles entretiennent avec les autorités locales. C'est de la politique. S'ils avaient procédé selon les critères de pauvreté beaucoup ne seraient pas choisis » (Ami, 60 ans, veuve).

Les propos de cette femme reviennent souvent dans les discours des non bénéficiaires de la bourse. Elle dénonce la non-transparence dans le processus de sélection. Depuis, l'instauration du programme de bourse de sécurité familiale, les critères de sélection sont remis en question par la population. Ils font le plus souvent objet de réclamations auprès d'autorités locales. Comme le souligne un non bénéficiaire de la bourse :

« Je suis à ma 5^{ème} année d'inscription sur la liste des bénéficiaires. Mon mari est décédé très tôt et m'a laissé avec des enfants en bas âge. Mon fils aîné est en classe de 4^{ème} cette année. Je m'occupe seule de leurs dépenses scolaires. Mais à chaque fois le chef de village me dit que mon nom ne figure pas sur la liste des bénéficiaires » veuve de 47 ans, mère de 7 enfants, vendeuse de petits plats.

A Niakhar, la population sait que le chef de village est impliqué dans le processus de sélection. C'est pourquoi, les villageois l'interpellent souvent sur leur situation. Cependant, toutes les personnes interrogées affirment que les bourses de sécurité familiale sont une aide destinée aux populations démunies et c'est dans la mise en œuvre qu'on se détourne de l'objectif.

Après la phase sélection, les personnes retenues, majoritairement des femmes sont convoquées à la mairie pour une enquête sociale. Un bénéficiaire témoigne :

« Un parent m'a convoqué à la place du village et a demandé au petit frère du chef de m'inscrire sur la liste des bénéficiaires. Je n'ai pas trop insisté, je ne lui ai juste dit de voir si les personnes qui figurent sur la liste méritent plus la bourse que moi. Le grand frère de mon mari travaille certes mais ne nous aide pas. Il m'a alors inscrit et m'a dit que c'est une aide de l'État du Sénégal destinées aux personnes les plus démunies. Quelques jours après nous avons été convoqués à la communauté rurale de Niakhar pour une enquête, on nous a demandé le nombre d'enfants, notre situation financière. Après 3 mois le chef de village a informé toutes les bénéficiaires de la disponibilité de la bourse » Ndéo, divorcée, mère de 5 enfants, bénéficiaire BSF.

L'enquête sociale permet de recueillir des informations sur les membres du ménage, la situation financière de la famille. C'est après cette étape que les ménages sélectionnés peuvent espérer obtenir la bourse. En somme, les données ont montré que le processus de sélection est parfois mal compris de la population. Dans ce cas de figure, elle fait appel à diverses interprétations.

Le ciblage des bénéficiaires fait l'objet de nombreuses critiques plus particulièrement le ciblage villageois ou de quartier. Les populations dénoncent un favoritisme de la part du comité composé des élites de la localité à savoir le chef de village et les autres représentants de la localité. Vu la composition du comité, la sélection des ménages les plus vulnérables n'est pas toujours garantie car les personnes vulnérables sont peu présentes dans les instances de décisions.

8.1.2. Perceptions des bénéficiaires sur les bourses de sécurité familiale

Les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale perçoivent trimestriellement un montant de 25 000 FCFA. Dans les communes étudiées, les bénéficiaires se rendent à la poste de Niakhar munis de la carte Yakaar pour récupérer la bourse. Malgré la distance qui sépare les villages de Ngayokhème et de Patar Sine de la commune de Niakhar, les habitants de ses localités se rendent chaque trimestre à Niakhar, à pied, à moto Jakarta, à charrette avec leur carte Yakaar pour récupérer les 25 000 FCFA que leur verse l'État. Il arrive que les bénéficiaires rencontrent des difficultés dans le retrait de la bourse. C'est le cas de cette femme :

« Avant-hier, une vieille femme m'a interpellée. Elle voulait un moyen de transport pour le village de DIADIAK. Il était 14h. Je lui ai demandé de prendre une moto jakarta. Elle a répondu qu'elle est venue récupérer sa bourse et compter sur cet argent pour payer le ticket de retour et acheter un sac de riz pour la famille et que ses enfants l'attendent pour préparer le repas. Malheureusement, elle n'a pas reçu et donc n'a pas de quoi payer le transport. Et ne peut pas passer la nuit à Niakhar parce qu'elle ne connaît personne qui pourrait l'héberger jusqu'à demain. Elle préfère retourner dans son village et revenir le lendemain ».

Cette situation s'explique par le fait que la commune de Niakhar n'a qu'une seule poste. Tous les bénéficiaires de la bourse s'y rendent pour récupérer la bourse. Cependant, les bénéficiaires affirment que les personnes âgées sont prioritaires. Elles perçoivent leur bourse en premier.

Quant à la durée de la bourse, les bénéficiaires n'ont pas d'informations à ce sujet. Elles ne connaissent pas la durée de validité de la bourse familiale. Cependant, le discours du gestionnaire de l'ONG ACDEV diffère des propos des bénéficiaires. En effet, l'opérateur social dispense des formations aux bénéficiaires de la bourse. Il accompagne les bénéficiaires par des sensibilisations sur les conditionnalités de la bourse, les critères d'éligibilité, l'utilisation de la bourse. Le gestionnaire explique que « chaque bénéficiaire a droit à 20 paiements étalés sur 5 ans ». Cet écart entre le discours des responsables régionaux et des bénéficiaires montre le défaut de communication. Tous les bénéficiaires ne sont pas au même niveau d'information quant à la bourse mais semblent en faire la même utilisation.

8.1.3. Utilisation de la bourse

L'argent de la bourse est destiné au ménage. Son utilisation se fait avec l'accord du chef de ménage. Les chefs de ménages sont dans la plupart des cas des hommes. En effet, les mères de famille sont les récipiendaires de la bourse mais la répartition de cet argent se fait de commun accord avec le conjoint et la coépouse dans les ménages polygames. Pour la plupart des personnes enquêtées, la répartition de l'argent se fait ainsi :

« Quand je récupère l'argent, je le remets à ma fille, elle part à la boutique acheter un sac de 50 kg de riz, un sac de 50 kg de maïs, le reste elle achète de l'huile. C'est ce qu'on fait de l'argent, on ne se le partage pas » Ayou 60 ans, veuve, 3 enfants, BSF

Une autre bénéficiaire souligne :

« Quand j'ai reçu mes 25 000 FCFA au mois de juin, j'ai acheté un sac un riz, de l'huile et j'ai payé la facture d'eau. Quand la bourse est disponible pendant la rentrée des classes, j'achète des fournitures scolaires pour mes enfants ». Fatou 38 ans, mariée polygame, mère de 7 enfants, BSF

Une autre affirme :

« Dès que je reçois l'argent, j'achète un sac de riz à 15 000 FCFA et 5 litres d'huile à 5000 FCFA, les 5000 FCFA restant, je les mets de côté pour acheter les chaussures des enfants. Si la bourse coïncide avec la rentrée scolaire, j'achète des fournitures scolaires pour les plus petits ». Mossane, 55 ans, mariée, mère de 7 enfants, BSF Ngayokhème

Les propos de ces bénéficiaires nous permettent de faire une classification des dépenses. Les dépenses destinées à l'alimentation viennent en première position. En effet, l'argent de la bourse est le plus souvent utilisé pour acheter la ration alimentaire du ménage. Les denrées achetées (riz, huile, maïs) peuvent couvrir un à deux mois selon la taille de la famille. Cette bourse est appréciée par tous les bénéficiaires interrogés parce qu'elle permet aux familles de subvenir aux dépenses essentielles. En plus de permettre la satisfaction des besoins en nourriture, elle participe aussi à l'autonomie de la femme comme l'explique Ndéo, une femme divorcée de 52 ans, mère de 5 enfants :

« Mon ex-mari est quelqu'un d'égoïste, il ne s'occupe que de sa propre personne. Il ne fait rien pour ses enfants. Le peu qu'il gagne, il le dépense dans l'alcool. Mon fils aîné et son frère m'ont demandé de quitter la maison conjugale parce qu'ils ne pouvaient plus supporter les violences que je subissais. Je suis revenue vivre chez mes parents et mon grand frère m'appuyait financièrement jusqu'à son décès. Je me suis retrouvée dans une pauvreté extrême avec mes enfants. J'ai demandé au maire de m'octroyer un terrain. Maintenant j'y habite avec tous mes enfants. La bourse m'aide beaucoup. Sans la bourse, j'arrive difficilement à nourrir ma famille ».

Les violences physiques que nous retrouvons dans les couples sont le plus souvent exacerbées par le manque de moyen financier. Dans le cas de cette femme, l'absence de ressources financières est l'un des facteurs qui expliquent son mutisme malgré les violences qu'elle subissait. De ce fait, l'acquisition de la bourse a créé un sentiment d'émancipation de cette femme qui est partagé par d'autres bénéficiaires. Pour ces dernières la bourse est un moyen de réduire la vulnérabilité des femmes et de préserver la famille des périodes de soudure.

« Quand je reçois la bourse c'est comme si j'avais des milliards entre les mains parce que ça me trouve parfois dans des situations difficiles. La première fois que je devais recevoir la bourse, c'était vraiment compliqué ici il y avait coupure d'électricité, les enfants n'avaient pas de quoi manger. J'ai beaucoup pleuré ce jour-là. A l'heure du déjeuner, je leur ai fait du couscous, je n'avais même pas de quoi acheter du lait. Le lendemain, je devais me rendre à Fatick pour récupérer la bourse. Je suis allé voir ma voisine pour lui emprunter 1000 FCFA. Quand je suis rentré dans le bureau, on m'a remis 50 000 FCFA et j'ai éclaté en sanglots. Je ne m'attendais pas à ça. Depuis ce jour, j'ai arrêté de demander de l'aide à des parents. Avec cet argent, je m'occupe de l'alimentation et de la scolarité de mes enfants ». Yama, 52 ans, veuve, mère de 6 enfants.

En sus des dépenses de nourriture, apparaissent les dépenses liées à l'éducation. La plupart des bénéficiaires rencontrés, ont des enfants scolarisés. Le paiement des inscriptions et l'achat de fournitures scolaires constituent une difficulté supplémentaire pour les ménages démunis. En période de rentrée scolaire, ils sont dans la plupart des cas dans l'incapacité de payer l'intégralité des frais de scolarité. L'argent de la bourse participe à lever cet obstacle. C'est le cas de ces bénéficiaires :

« Si la bourse coïncide avec la rentrée scolaire, j'achète des fournitures scolaires pour les quatre derniers enfants ». Mossane, 55 ans, BSF.

« C'est avec cet argent aussi que je paye la formation d'un de mes fils. Il a préféré suivre une formation plutôt que d'aller à l'université où les études prennent du temps. Il voudrait me soutenir avec les dépenses de la maison le plutôt possible. » Yama, 52 ans, veuve, mère de 6 enfants.

Dans les conditionnalités de la bourse, le PNBSF a mis en avant le maintien des enfants à l'école, même si l'atteinte de cet objectif semble difficile à cause de la priorisation des dépenses alimentaires. Il ressort des résultats que la grande majorité des bénéficiaires enquêtés financent les études de leur enfant grâce à l'argent de la bourse.

Enfin, selon le moment du paiement, la bourse peut servir à payer les dépenses de santé d'un membre de la famille, la facture d'électricité ou d'eau, les dettes contractées, et même servir de cotisation à la tontine. Cette classification peut évoluer selon les ménages. L'étude a également montré que l'argent de la bourse peut avoir une utilisation variée selon les besoins de la famille. Ce qui pousse les non bénéficiaires à dénoncer l'utilisation faite de la bourse. Un non bénéficiaire de la BSF nous confie :

« Je vois des mères de familles qui perçoivent la bourse et qui reversent une partie à la tontine. Elles achètent quelques kilos de riz, le reste elles le reversent à la tontine. Quand on donne de l'argent pour un objectif bien défini, il faut un suivi ». Sami, 70 ans, non bénéficiaire.

Ou encore une qui révèle :

« J'ai vu des personnes recevoir la bourse et acheter des produits cosmétiques. Ça montre qu'ils ont de quoi manger » (Focus group 2019).

Dans l'entendement des non bénéficiaires, l'argent de la bourse doit servir uniquement à l'alimentation du ménage. Au cas contraire, son utilisation est perçue comme un détournement

d'objectif. Cela crée des conflits entre bénéficiaires et non bénéficiaires. Ces derniers doutent même de la transparence dans le ciblage des bénéficiaires.

Malgré la somme jugée dérisoire par certains, le transfert monétaire constitue une source de revenu régulière de certains ménages ou même le principal revenu sur lequel peuvent compter les familles tous les 3 mois (FAO 2016). Cependant, notre étude n'a pas montré l'impact de la bourse sur la création d'activités génératrices de revenus.

8.1.4. Contraintes liées à la bourse

La bourse n'a pas que des avantages. Elle peut être source de conflits dans les ménages polygames, où l'une des femmes perçoit la bourse. Dans ce cas, elle peut être perçue comme une contrainte.

L'autre contrainte liée à la bourse est sa disponibilité. Au Sénégal, la majorité de la population a connaissance de l'existence des bourses de sécurité familiale et de sa périodicité. En effet, dans les zones rurales, la majorité des personnes connaissent tous les bénéficiaires de la bourse. Cela influe sur la solidarité qui anime les communautés. Les bénéficiaires de la bourse ne sont plus perçus comme les personnes les plus démunies dans la communauté car ils bénéficient du soutien de l'État à travers la bourse. C'est pourquoi ils sont de moins en moins soutenus financièrement par les familles. C'est le cas de cette veuve de 55 ans, mère de 7 enfants. Elle affirme :

« Je recevais de l'argent du petit frère de mon mari. Il travaille à Mbour, mais depuis qu'il sait que je reçois 25000 FCFA tous les 3 mois. Il a arrêté les envois ».

Les propos de cette femme révèlent une évolution dans la perception de la pauvreté. De fait, les personnes bénéficiaires de la bourse sont considérées comme moins pauvres à cause de la bourse. Cependant, nos observations ont montré une autre forme d'entraide familiale. En effet, les bénéficiaires de la BSF sont parfois sollicités par leurs parents non bénéficiaires. Il arrive qu'elles partagent avec eux les denrées alimentaires issues de l'argent de la bourse. Les ménages bénéficiaires deviennent moins dépendants des autres. Ces pratiques contribuent à développer leur réseau social au sens où, elles participent au système d'entraide familiale non seulement en tant que « receveur » mais aussi « donneur » (FAO, IRAM 2017).

8.1.5. Perceptions enrôlement dans les mutuelles

Dans le cadre de la politique de couverture santé universelle avec l'objectif de couvrir 75 % de la population, il était prévu d'enrôler les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale dans la mutuelle de santé afin qu'ils puissent bénéficier de la gratuité des soins dans les structures sanitaires et pharmacies conventionnées. Pour les bénéficiaires BSF, les frais d'adhésions et la cotisation annuelle sont totalement prises en charge par l'État. Ainsi, dans la zone d'étude, au moment de l'enquête, les bénéficiaires BSF figurant dans le tableau ci-dessous ont été enrôlés dans les mutuelles.

Tableau 4: nombre de bénéficiaire de la BSF enrôlées dans les mutuelles

Communes	Génération 1	Génération 2	Génération 3	Génération 4
Niakhar	1032	1044	3217	0
Ngayokhème	620	1253	2754	0
Patar Sine	634	1081	2444	0

Source : union départementale des mutuelles de santé de Fatick (2018)

Au moment de l'étude, les bénéficiaires de la génération 1, 2, 3 de la bourse de sécurité familiale étaient enrôlés dans les trois mutuelles de santé étudiées. Le processus d'enrôlement se fait sur la base d'une liste que reçoivent les mutuelles. Comme l'explique le chef de service de la CMU de Fatick :

« Nous recevons une liste de la part de la délégation de la protection sociale sur laquelle figurent les bénéficiaires pour chaque région et nous l'envoyons dans chaque commune. Chaque mutuelle est chargée de cibler les personnes qui sont sur cette liste et de les enrôler. Une fois que tous les bénéficiaires ont été inscrits par les mutuelles, nous sommes chargés d'élaborer leur demande d'admission parce que ces BSF bénéficient d'une subvention de 100% dans le cadre de la prise en charge de leurs soins. Les mutuelles nous envoient leur demande de subvention et nous sommes chargés d'acheminer ces demandes au niveau de l'agence nationale de la couverture maladie Universelle » (2019).

Ce processus implique les acteurs régionaux et locaux à savoir le personnel des mutuelles. Ces derniers se déplacent dans les villages de la commune pour recenser les bénéficiaires BSF, les photographier et leur explique qu'ils vont bénéficier d'une prise en charge gratuite dans les structures sanitaires.

A Ngayokhème, le gérant de la mutuelle est chargé de photographier les bénéficiaires BSF. Il raconte :

« On m'a demandé de convoquer la G1 et la G2 à la mutuelle, les bénéficiaires ne venaient pas à cause des frais de transport. J'ai décidé de sillonner tous les villages pour prendre en photo les bénéficiaires BSF et leur famille. Je leur faisais payer 1000 FCFA et je leur expliquais que c'est pour acheter du carburant pour la moto. C'était en 2018, aujourd'hui quand il me voit ils me demandent où est leur photo et quand est ce qu'ils vont bénéficier de la gratuité. Je leur dis bientôt mais quand tu leur demandes de venir adhérer avec leur argent ils refusent ».

Cette étape du processus est décrite par les bénéficiaires. Elle est vécue par la plupart de ses bénéficiaires. Cependant, ce processus d'enrôlement s'arrête le plus souvent à l'étape d'enrôlement administratif. Il s'agit d'identifier les bénéficiaires, de les inscrire sur le registre des adhérents et de préparer les demandes de subvention. L'enquête qualitative a montré une prise en charge gratuite d'une partie des BSF de la génération 1 et 2. Une partie des bénéficiaires de la génération 3 n'avait pas reçu de carnet de mutuelle au moment de l'étude. C'est le cas à la mutuelle de santé de Patar Sine, comme en témoigne cette bénéficiaire :

« On nous avait dit que toute personne qui bénéficie de la bourse, bénéficiera d'un carnet de mutuelle. En 2017, un jeune travaillant à la mutuelle est venu dans notre village (Wakhal Diam) et a pris en photo tous les bénéficiaires et leurs enfants. Chez moi, il a pris en photo mes 7 enfants, ma belle-mère, ses 3 petits fils et moi. Le gérant de la mutuelle a dit que dès que les carnets seront prêts, il m'appellera. Je suis une fois passée à la mutuelle. Il m'a montré le carnet et m'a dit qu'ils n'ont pas distribué les carnets parce que l'État n'a pas envoyé l'argent qui couvrira les dépenses de santé des bénéficiaires. De 2017 jusqu'à présent nous n'avons pas reçu nos carnets » Fatou, bénéficiaire BSF, Patar Sine.

Cette bénéficiaire de BSF fait partie de la 3ème génération de BSF. Ils ont été enrôlés mais n'ont pas accès au carnet de mutuelle. Cette situation a été observée en 2016 avec l'observatoire CMU de la CICODEV dans 10 localités du Sénégal. Les données ont montré que 78,4% des bénéficiaires BSF ne sont pas enrôlés dans les mutuelles de santé (CICODEV 2016). Les résultats de cette étude montrent l'inexistence de mutuelle fonctionnelle dans les communes. Cependant, les raisons évoquées diffèrent un peu de nos résultats d'enquête. Au moment de l'enquête, les trois mutuelles de santé étudiées n'ont pas cessé de fonctionner. Toutefois, nos observations ont montré un arrêt de la prise en charge des bénéficiaires BSF dû aux retards de subvention de l'État.

Un autre aspect ressort de nos travaux, il s'agit du défaut de communication sur les avantages sociaux liés à l'obtention de la bourse. Le responsable de l'assurance maladie de Fatick reconnaît :

« C'est un fait réel, il y a certains BSF aujourd'hui qui ne sont même pas au courant de l'avantage qu'ils ont en termes de BSF avec leur carnet CMU. Certains ont ces carnets mais ils ne savent pas quoi en faire. Cela reflète le problème de communication qui est toujours posé » (2019).

Dans la mise en œuvre de la couverture du risque maladie des personnes démunies à travers les mutuelles de santé, peu de bénéficiaires de la BSF en profitent. La grande majorité ne bénéficie que de l'allocation familiale. Ces faits montrent la non-effectivité de l'enrôlement des BSF dans les mutuelles de santé, ce qui est en contradiction avec la politique de protection sociale destinée aux populations défavorisées.

Toutefois, les bénéficiaires de la première génération enrôlés affirment avoir au moins une fois bénéficié de la prise en charge gratuite dans les structures de santé avant l'arrêt partiel des prestations en 2019.

L'autre aspect qui ressort de nos entretiens, est relatif à l'implication des BSF dans les mutuelles de santé. Tous les bénéficiaires de la BSF interrogés ne font pas partie du bureau de la mutuelle. Aussi, ils n'ont pas assisté à la dernière assemblée générale des mutuelles de santé. Ceci peut expliquer le manque d'information des BSF sur les mutuelles de santé.

8.2. Carte d'Égalité de Chances

Au Sénégal, l'État a mis en place un programme en faveur des personnes en situation de handicap. L'article 2 de la loi sur l'orientation sociale vise à garantir l'égalité des chances des personnes handicapées ainsi que la promotion et la protection de leurs droits contre toutes formes de discrimination. Le programme des CEC a été lancé le 30 avril 2015 par le Président de la république et déroulé par le ministère du développement communautaire et de l'équité territoriale. La carte d'égalité de chances est une forme de protection sociale destinée aux personnes vivant avec un handicap afin de lutter contre les inégalités sociales et promouvoir l'équité. La CEC offre des avantages multiformes relatifs à la santé, à l'éducation, au transport, à la formation, à l'emploi et à l'appareillage des personnes handicapées.

Ce programme est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, en 2019, le Sénégal comptait 50 006 personnes détentrices de la CEC (BIT 2019).

8.2.1. Processus d'obtention de la carte d'égalité de chances

Toute personne en situation de handicap souhaitant obtenir la carte doit présenter un certificat d'invalidité délivré par le médecin chef de district après constatation du handicap qui peut être physique ou mental, plus la photocopie légalisée de la pièce d'identité, le certificat de résidence et deux photos d'identité. Au cas où la personne serait mineure, la photocopie de la pièce d'identité de son tuteur ou parent est demandée. Ces documents sont accompagnés d'une demande adressée au Ministre de la santé et de l'action sociale et déposée au service départemental de l'action sociale de Fatick. Les demandeurs sont convoqués au service départemental de l'action sociale pour une enquête sociale. La sélection des bénéficiaires se fait par la direction générale de l'action sociale.

D'après nos données de terrain, à Fatick, il arrive que les agents du service de l'action sociale se rendent dans les zones où la demande de CEC est faible pour recenser les personnes en situation de handicap afin de leur proposer les cartes. Ensuite la liste est envoyée à la direction générale de l'action sociale qui sélectionne les potentiels bénéficiaires de la CEC parmi toutes les personnes proposées par les services régionaux de l'action sociale.

Au moment de l'enquête (2019) la région de Fatick comptait 3719 personnes détentrices de la carte d'égalité de chances d'après le chef de service régional de l'action sociale de Fatick. A Niakhar, une association des personnes en situation de handicap a été créée en 2006. Elle compte 120 membres. Au moment de l'étude, 80 personnes handicapées avaient obtenu la CEC. Dans les communes de Ngayokhème et Patar Sine, nous n'avons pas pu rencontrer l'association des personnes en situation de handicap.

Les personnes interrogées évoquent les lenteurs dans le processus de production des cartes d'égalité de chances qui sont liées à la centralisation de la production des cartes et à la non-effectivité des services.

8.2.2. CEC et bourse de sécurité familiale

Afin d'améliorer la situation financière des ménages des personnes en situation de handicap, la carte d'égalité de chances offre la possibilité au détenteur d'avoir une bourse de sécurité

familiale. Prenons l'exemple de la commune de Niakhar, le secrétaire de l'association des personnes handicapées rappelle que :

« En 2018 nous étions à 80 personnes détentrices de la carte d'égalité de chances. 75 personnes bénéficient de la bourse de sécurité familiale. Chaque mois l'association dépose deux à trois demandes de bourses au niveau du service départemental de l'action sociale de Fatick » (2019).

Les données de l'étude ont montré que depuis 2016, il n'y a pas de nouvelles attributions de bourses familiales. Les détenteurs de la CEC attendent toujours de bénéficier de la bourse.

8.2.3. CEC et processus d'enrôlement dans les mutuelles de santé

La carte permet aussi à son détenteur de bénéficier d'une prise en charge gratuite dans les mutuelles de santé. Le processus d'enrôlement se fait ainsi :

« C'est pratiquement comme les BSF mais à la différence si le détenteur de la carte d'égalité des chances n'est pas BSF, il est pris en charge seul et non sa famille. C'est-à-dire que c'est le détenteur de la carte d'égalité des chances qui bénéficie de la gratuité. C'est la direction de l'action sociale qui nous envoie la liste à enrôler. On enrôle sur la base de cette liste mais là aussi le problème se trouve au niveau de l'identification, des fois on reçoit une liste dans une commune où la majorité n'est plus dans cette zone parce qu'il migre et là on est obligé de s'en tenir à ça. Des fois, la personne peut voyager pour une longue durée, elle revient, et ne fait pas signe. Il n'est pas identifié donc il dit avoir la possibilité de bénéficier de cette gratuité mais malheureusement il n'est pas dans les conditions d'en bénéficier. Mais c'est là même pratique pour les BSF on les prend en charge à 100 %. Maintenant il y a une autre catégorie de bénéficiaires des cartes d'égalité des chances qui sont en même temps des BSF, eux on les intègre directement dans le régime des BSF » responsable de l'unité assurance maladie de Fatick.

L'identification des détenteurs de la CEC à enrôler constitue un réel problème. Ce qui constitue une limite à l'enrôlement des CEC. Au moment de l'enquête, la première et deuxième génération de CEC ont été enrôlées dans les mutuelles de santé. Cependant, la prise en charge n'est pas effective. A Ngayokhème, le secrétaire général de l'association des personnes handicapées, souligne qu'aucune personne en situation d'handicap ne bénéficie de la gratuité des soins et que la CEC ne sert qu'à récupérer la bourse de sécurité familiale. Les détenteurs de la CEC ne sont pas enrôlés dans les mutuelles de Ngayokhème et de Patar Sine. C'est pourquoi ils ne bénéficient pas des avantages en termes de santé dans les structures sanitaires comme il est inscrit dans la loi d'orientation sociale.

A Niakhar par contre, au moment de l'étude, 37 personnes détentrices de la carte d'égalité de chances ont été enrôlées mais n'ont pas accès au carnet, donc à la prise en charge gratuite dans

les structures sanitaires. Récemment, en 2021 la mutuelle a enrôlé 77 détenteurs de la CEC. D'après le gérant, les détenteurs de la CEC bénéficient désormais de la couverture santé.

Chapitre 9 : Représentations sociales des acteurs sur le dispositif de CMU dans l'arrondissement de Niakhar

Les initiatives de gratuité ainsi que les mutuelles de santé sont mises en œuvre depuis quelques années dans l'arrondissement de Niakhar. Ces initiatives visent un accès aux soins facile et à moindre coût. Cependant, l'utilisation de ses services est variable selon les communes. Dans ce chapitre, nous aborderons les perceptions des différents acteurs sur le dispositif de CSU dans l'arrondissement de Niakhar.

9.1. Points de vue des acteurs régionaux et locaux des mutuelles de santé

9.1.1. Sur les initiatives de gratuité

Les initiatives de gratuité en faveur des enfants de 0-5 ans et des personnes âgées a permis de réduire les inégalités à l'accès aux soins. En effet, les politiques d'exemptions de paiement en faveur d'une population ciblée favorisent l'atteinte des objectifs d'une couverture sanitaire à l'ensemble de la population.

9.1.2. Sur les mutuelles de santé

Dans le discours de ces acteurs, deux types d'avis émergent :

9.1.2.1. Des avis favorables

La stratégie d'extension de la couverture santé universelle à travers les mutuelles de santé est bien perçue par les acteurs. Selon eux, la mise en place des mutuelles de santé a participé à la réduction des frais de santé des populations particulièrement celle indigente.

Dans la zone d'étude, les trois mutuelles de santé parviennent à couvrir les dépenses de santé des adhérents malgré quelques difficultés financières. De plus, les conventions entre les mutuelles, l'union départementale et les hôpitaux ont permis de couvrir les grosses dépenses des adhérents dans les hôpitaux.

9.1.2.2. Des avis défavorables

Cependant, ces acteurs relèvent quelques aspects qui bloquent le bon fonctionnement des mutuelles. Il s'agit de la prédominance des bénéficiaires de la BSF dans les mutuelles de santé, c'est le cas dans les trois mutuelles étudiées où le nombre de BSF est supérieur à celui des

bénéficiaires à jour. Ces mutuelles sont alors appelées « mutuelles à BSF ». Dans ce cas de figure, les mutuelles dépendent du double financement de l'État, c'est-à-dire de la subvention totale des BSF et de la subvention partielle des classiques combinées à la faible contribution financière des ménages. Ceci fragilise les mutuelles et impacte sur leur viabilité financière. Le responsable de l'unité assurance maladie de Fatick rappelle que :

« Toute mutuelle qui ne veut vivre que des subventions de l'État ne peut être viable. Les fonds des mutuelles doivent venir des cotisations des membres classiques parce qu'il y a toujours un retard des paiements de la subvention de l'État » (2019).

Le retard des paiements de l'État revient souvent dans le discours des acteurs régionaux et locaux. En 2019, les trois mutuelles de santé ont dû arrêter la prise en charge des BSF à cause du coût financier de la prise en charge. Nos observations ont aussi confirmé l'arrêt total de la prise en charge des BSF. Cette décision a été prise d'un commun accord entre le service régional de la CMU de Fatick et les responsables de mutuelle. Cependant, en arrêtant la prise charge des personnes démunies (BSF), la politique de CMU s'éloigne de l'objectif qui est de réduire les dépenses financières des populations démunies.

Les acteurs évoquent aussi le bénévolat du personnel des mutuelles comme source de dysfonctionnement des mutuelles. En effet, dans les mutuelles de santé, seul le gestionnaire de la mutuelle bénéficie d'une indemnité, les autres membres du bureau ne perçoivent pas de revenu lié à leur poste à la mutuelle. Le gérant de la mutuelle de Niakhar témoigne de sa situation financière :

« J'ai commencé avec un salaire de 15 000 FCFA, je suis père de 7 enfants, ma femme a une maladie mentale qui demande beaucoup d'argent et n'est pas couverte par la mutuelle. Donc 15 000 FCFA par mois ne peut satisfaire nos besoins. Quelque temps après le bureau me payait 30 000 FCFA par mois. Au début, quand une personne venait de cotiser et que cela coïncidait avec la maladie d'un membre de ma famille, je prenais cet argent pour payer ses soins. Je sais que c'est une forme de détournement mais j'en ai vraiment besoin. C'est la conséquence de travailler pour 15 000 FCFA par mois, sans congé pendant des années. La population ne comprend pas pour eux comme je suis dans un bureau ventilé avec un ordinateur, il pense que je gagne beaucoup d'argent » (Niokhor, 2019).

Ce gestionnaire souligne le côté négatif du bénévolat. En effet, le fait de travailler sans un salaire conduit certains gestionnaires à puiser dans la caisse. Rappelons que le gestionnaire travaille 5 jours sur 7 à la mutuelle. Il ne mène pas d'autres activités en parallèle. La charge de travail est jugée élevée avec une gestion concentrée autour de gérants. En sus, une absence de contrepartie

financière conduit à une démotivation des gestionnaires. Ceci est confirmé par nos observations. Par contre, d'autres gérants privilégient leurs activités au détriment de la mutuelle. C'est le cas des gestionnaires des mutuelles de Patar Sine et de Ngayokhème. Le bénévolat ne facilite pas le bon fonctionnement des mutuelles parce qu'un gestionnaire qui a une activité parallèle qui lui permet de satisfaire ses besoins, ne peut être à la mutuelle à plein temps. Ce mode de fonctionnement des mutuelles entrave la prise en charge des besoins des bénéficiaires qui rencontrent d'énormes difficultés à obtenir les services de la mutuelle avec la non-disponibilité des gestionnaires. Pour pallier cette situation, l'agence de la CMU a versé 75 000 FCFA par mois aux gestionnaires en 2019 pour une période de 6 mois.

Les acteurs régionaux soulignent aussi la non-professionnalisation des mutuelles comme source de dysfonctionnement des mutuelles. En plus, les aptitudes du personnel des mutuelles en termes de gestion restent limitées notamment dans l'utilisation des outils informatiques. C'est le cas des mutuelles de Patar Sine et de Ngayokhème. Elles font appel à des opérateurs privés pour la rédaction des rapports de gestion trimestrielle et annuelle des mutuelles. L'argent destiné à ces tâches servirait à la prise en charge des bénéficiaires si ces deux mutuelles étaient équipées en outils informatique.

Un autre aspect ressort des propos de ces acteurs. Il s'agit de la sélection adverse qui, avec une prédominance des femmes en âge de procréer et des personnes à la santé fragile, participe au déséquilibre de la mutuelle. A la base, les mutuelles de santé sont des systèmes d'entraide où les biens portants contribuent pour faire bénéficier les personnes malades. Cependant, la tendance est autre, les acteurs de la mutuelle soulignent une forme d'adhésion basée sur l'état de santé de l'individu.

9.2. Points de vue des professionnels de santé

9.2.1. Sur les initiatives de gratuité

Les professionnels de santé reconnaissent que les politiques de gratuité ou d'exemption de paiement des services visent à réduire les barrières financières à l'accès aux soins. Ils évoquent les points faibles et les points forts de ces initiatives de gratuité.

Les points forts soulevés lors des entretiens : les professionnels de santé reconnaissent que l'introduction des initiatives de gratuité a participé à l'augmentation de la fréquentation des

structures sanitaires en levant les barrières financières ce qui a permis aux ménages pauvres d'avoir accès aux soins. Les propos de ces acteurs sont corroborés par l'augmentation de la consultation des enfants et des personnes âgées comme c'est le cas à Patar Sine : « *avec les gratuités nous avons atteint les 300 enfants consultés/mois. C'est une hausse considérable. Pour les adultes, nous avons noté une légère augmentation* ». ICP Patar Sine (2019). Ces initiatives ont influé positivement sur l'accès aux soins.

Les points faibles : selon eux, ces initiatives profitent plus aux bénéficiaires qu'aux structures sanitaires. La gratuité des soins déséquilibre le budget des structures sanitaires avec l'épuisement du budget des postes de santé. En sus, dans les structures enquêtées, les professionnels de santé évoquent la charge de travail élevée liée à une fréquentation régulière des enfants et des personnes âgées dans les structures sanitaires. En effet, le remplissage des registres de consultation ; la fiche individuelle de prise en charge augmente le temps de consultation. Ils dénoncent aussi une surconsommation des services de santé de la part des bénéficiaires de la gratuité des enfants de 0-5 ans. Aussi, la diminution des indemnités des agents de santé communautaire constitue un obstacle à la disponibilité de l'offre de services destinés aux enfants.

Selon eux, les problèmes financiers liés aux retards de remboursement que rencontrent les structures de santé et la démotivation du personnel influent sur la qualité des soins dans les structures sanitaires.

9.2.2. Sur les mutuelles de santé

Dans les mutuelles de santé de Ngayokhème et de Patar Sine, les agents de santé se sont impliqués dans la création des mutuelles de santé et ont facilité la signature des conventions. A Ngayokhème :

« En 2016 l'ICP, les relais, les badjénoux gho et l'ancien président de la mutuelle ont organisé de grandes activités de sensibilisation. Ils ont été dans tous les villages pour informer la population de l'implantation de la mutuelle » gérant Ngayokhème.

Ces propos montrent que les prestataires de santé ont intégré la thématique de la mutualité dans les activités de promotion de la santé. Les relations entre la mutuelle et les prestataires de santé sont basées sur une collaboration qui repose sur une offre de soins. Ces acteurs profitent des consultations pour sensibiliser les populations sur l'importance d'adhérer à une mutuelle en

faisant une comparaison entre les frais de santé avec couverture mutuelle et sans couverture mutuelle.

Cependant, ils déplorent l'insuffisance des activités de sensibilisation, la lenteur des remboursements et la non-disponibilité de certains gérants de mutuelles et proposent d'ouvrir un bureau de mutuelle au sein des structures de santé.

Conclusion

La politique de couverture maladie universelle mise en œuvre au Sénégal s'est appuyé sur les initiatives de gratuités existantes (plan sésame, césarienne, dialyse, gratuité ARV etc.), des soutiens sociaux (BSF, CEC) et la mise en place d'une nouvelle gratuité destinée aux enfants de 0-5 ans. Ces initiatives de gratuité sont appuyées par une stratégie d'extension de la couverture santé universelle à travers les mutuelles de santé communautaires. En effet, ces dispositifs ont été déroulés sur l'ensemble du territoire national afin d'étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population. Sous l'impulsion du chef de l'État en 2013, nous assistons à la mise en œuvre de la politique de couverture santé universelle avec la création de la cellule d'appui de la couverture maladie universelle puis de l'agence nationale de la couverture maladie universelle (AN CMU).

Quelques années se sont écoulées depuis la mise en œuvre des dispositifs de CSU. Des études économiques, démographiques et anthropologiques ont été réalisées visant à expliquer, à évaluer le dispositif de couverture maladie universelle. Ce champ mérite une réflexion d'où l'intérêt de ce mémoire d'étudier les dynamiques *sociales autour de la couverture maladie universelle dans l'arrondissement de Niakhar en 2020*. La recherche documentaire a permis une revue des écrits sur la thématique de recherche qui a permis de cerner l'objet d'étude afin de proposer une problématique de recherche.

Dans l'enquête de terrain, une approche qualitative a été privilégiée pour recueillir les représentations sociales. Cependant, des données chiffrées (rapports trimestriels de mutuelles, rapport d'activités) ont été consultées en vue de confirmer ou d'infirmer les discours des acteurs afin d'approfondir l'analyse. C'est en quelque sorte une forme de triangulation de la méthode. Les données recueillies ont été traitées à travers le logiciel Atlas ti 9 puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu. L'objectif étant de recueillir toutes les informations nous permettant de décrire et d'analyser les dispositifs de CSU mis en œuvre dans l'arrondissement de Niakhar. Pour cela, nous nous sommes fixés un certain nombre d'hypothèses. La première hypothèse qui évoque des dysfonctionnements structurels comme obstacles à l'effectivité du dispositif de CSU dans l'arrondissement de Niakhar a été confirmée. En effet, les données ont montré que les retards de remboursements des prestations offertes aux enfants et aux personnes âgées influent sur la disponibilité des services. La gratuité est quasi inexistante dans les structures de santé

étudiées et se limite parfois aux tickets de consultation comme c'est le cas au poste de santé de Patar Sine. Pour faire face à cette situation, les structures de santé ont mis en place des stratégies d'adaptations allant de la réduction des commandes de médicaments pour les enfants aux refus de se ravitailler en médicaments pour enfants. Ces dysfonctionnements entravent l'accès aux soins. Alors que quelques années auparavant, il a été noté une augmentation de la fréquentation des enfants dans le centre de santé de Niakhar et les postes de santé de Ngayokhème et de Patar Sine. C'est donc dire que les initiatives de gratuité qui visaient une suppression des obstacles financiers à l'accès aux soins n'ont atteint que partiellement leurs objectifs surtout en zone rurale où l'absence de ressources financières est le premier obstacle à l'accès aux soins.

Cependant, la population reconnaît que les initiatives de gratuité (plan sésame, enfants 0-5 ans) quand elles étaient fonctionnelles, ont permis une fréquentation régulière des structures sanitaires sans aucune contrepartie financière.

Un autre dispositif a été étudié, il s'agit des mutuelles de santé communautaires. L'hypothèse de base est la suivante : le taux d'adhésion et de renouvellement de la population demeure faible malgré l'appui des ONG, des acteurs politiques et de l'État dans la zone de Niakhar. Cette hypothèse a été aussi confirmée à travers les données recueillies sur le terrain. Les mutuelles de santé sont perçues comme un dispositif permettant d'offrir une couverture en santé à la population surtout celle rurale. Le Sénégal a alors adopté l'approche décentralisation de l'assurance maladie en instaurant une mutuelle dans chaque commune. Quelques années après l'implantation des mutuelles sur l'étendue du territoire, des dysfonctionnements apparaissent. Les résultats de notre étude ont identifié des facteurs internes et externes qui influent sur l'efficacité des mutuelles. Comme facteurs externes nous avons le manque de ressources financières des ménages étant donné que la majorité des ménages ruraux n'ont pas de revenu fixe. De ce fait, verser une cotisation annuelle de 3500 FCFA pour chaque bénéficiaire est le premier frein à l'adhésion. Cependant, à travers son programme de bourse de sécurité familiale, l'État a décidé d'octroyer une bourse et d'enrôler gratuitement les bénéficiaires de la bourse familiale. L'on serait alors tenté de se demander, si les plus pauvres sont pris en charge gratuitement, pourquoi le manque de ressources financières constitue encore le motif de non-adhésion le plus évoqué ? Ce qui constitue un paradoxe dans la politique de l'État de subventionner les populations les plus démunies. L'autre facteur est la non appropriation des mutuelles ou le manque d'engagement de

la population qui peut se justifier par le fait que les mutuelles de santé sont des dispositifs importés, implantés au niveau national en prenant en compte plus ou moins les réalités sociales. Est-ce que la culture de la prévention est présente dans les sociétés rurales même si le système de solidarité a toujours existé ? Un autre facteur externe concerne les politiques de gratuité en particulier la gratuité des enfants de 0-5 ans, les ménages ne font pas adhérer leurs jeunes enfants parce qu'ils sont concernés par la gratuité.

Quant aux facteurs internes, nous notons le manque d'informations comme raison de non-adhésion. En effet, la faible compréhension et connaissance des principes et du mode de fonctionnement des mutuelles constituent un motif de non-adhésion/non renouvellement évoqué par les acteurs régionaux et locaux ainsi que la population sans oublier le manque de confiance aux dirigeants de la mutuelle.

Quoique le taux d'adhésion/renouvellement reste faible dans les trois mutuelles étudiées par rapport à la population, quelques personnes interrogées ont une perception positive des mutuelles de santé même si la majorité s'accorde à dire que le mode de fonctionnement des mutuelles (couvrir les petits risques, exclusion des médicaments chroniques, période d'observance) constitue la raison principale du désintéressement de la population.

L'autre facteur interne qui impacte négativement sur les mutuelles de santé est la dépendance au double financement de l'État. L'État reste la principale source de financement des mutuelles de santé. Il verse la subvention totale des BSF et partielle des adhérents classiques. Les sources de financements n'étant pas diversifiées, et basées exclusivement sur l'État et quelques bonnes volontés et ONG. Les retards des subventions ne peuvent qu'influer sur le fonctionnement des mutuelles de santé. Ces dernières font face aux difficultés à couvrir les dépenses d'une partie de leur adhérent notamment les BSF. La problématique de la viabilité des mutuelles de santé se pose alors. Nous poussant à nous demander est ce que l'approche mutuelle de santé communautaire est-elle pérenne ? Une réforme de la gouvernance, du financement semble nécessaire si l'on veut adopter l'approche mutuelle de santé pour étendre la couverture aux différentes couches sociales de la société.

Références bibliographiques

- Adjamagbo. A, et Delaunay. V. 2018. « Chapitre 9. La reproduction des familles en contexte de changement socioéconomique et culturel : l'apport du suivi longitudinal et pluridisciplinaire ». In *Niakhar, mémoires et perspectives*, édité par Valérie Delaunay, Alice Desclaux, et Cheikh Sokhna, 197-212. IRD Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.31477>.
- Alain M, et Vuarin R, éd. 1997. *L'Afrique des individus: itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Collection « Hommes et sociétés ». Paris: Karthala
- Alenda J « impact de l'austérité sur les modèles de santé à travers le cas du Sénégal (2015),
- Alenda J. 2017. « Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs ». *Revue internationale de l'économie sociale: recma*, n° 345: 69-83. <https://doi.org/10.7202/1040796ar>.
- Alenda, J. « Évolution de l'assurance maladie au Sénégal : de l'exclusion à l'inclusion du secteur informel », 11.
- Alenda, J., et B. Boidin. 2013. « L'extension de l'assurance-maladie au Senegal : avancées et obstacles ». *Medecine et Sante Tropicales*. <file:///localhost/Users/bernardtaverne/Documents/BiblioGBBI/document%20de%20BBI/documentsBBI/Alenda2913.pdf>.
- ANDS and ICF. 2017. « Enquête Démographique et de Santé Continue 2017 ». 2017. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3217>.
- Atim C. (2000) Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre, STEP, Bureau international du travail, Genève
- Attané, A. 2015. 22. *Pour se soigner, les sociétés africaines sont solidaires*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/trente-idees-recues-en-sante-mondiale--9782810904259-page-115.htm>.

- BIT, 2000 *La micro-assurance santé en Afrique. Guide d'introduction à la mutuelle de santé*. BIT/STEP Afrique, Dakar, Sénégal
- Boidin B, 2012 « Extension de l'assurance maladie et le rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience du Sénégal »
- Boidin, B, 2018. « Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique? » *Revue française des affaires sociales*, n° 1: 85-105.
- Bossyns, P, Ladrière. F, et Ridde V. 2018. « Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne. Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 – 2017 ». *Studies in Health Services Organization & Policy*, n° 34: 260.
- Campehouth, L. V., Quivy, R 2006, Manuel de recherche en sciences sociales. 3^{ème} édition, Paris, Dunod,
- Chankova S, Atim C, Hatt L. Ghana's National Health Insurance Scheme. In: Escobar M, Griffin C, Shaw P, eds. *The impact of health insurance in low-and middle-income countries*. Washington, DC: Brookings Institution Press, 2010: 51–88.
- 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,
- Diop, A. 2015. *Macky Sall & la société du care: radioscopie d'une politique sociale*. Paris: L'Harmattan
- Dussault, Gilles, Pierre Fournier, Alain Letourmy, et World Bank, éd. 2006. *L'assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington, DC : World Bank.
- Foudriat, M., 2011 « L'analyse stratégique ». In : *Sociologie des organisations*. 3^{ème} édition, Paris, Pearson Education France, p. 141-195
- Fournier, G., Letourmy, A., *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.

Letourmy, A. 2008. « Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu: l'exemple des pays africains ». *Comptes Rendus Biologies* 331 (12): 952-63.

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

Moscovici. S « la Psychanalyse, son image et son public, PUF, 1961/1976

MSAS. 2013. « Concertations Nationales sur la Santé et l'Action sociale. Rapport introductif. République du Sénégal ».

Ogg J et Bonvalet C, 2004 « la parenté comme lieu des solidarités « l'état des enquêtes en Europe » P 81,

Olivier de Sardan, J P. 2010. *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/030331702>.

Philipa M , Ndiaye A, Ndiaye P, Lelubre B, Soors. W, et Criel B. 2014. « Les Mutuelles de Santé et Le Capital Social MUCAPS: Trois Études de Cas Sénégalaises ». Monograph. London, UK: The London School of Economics and Political Science. avril 2014. <http://www.lse.ac.uk/>

Philippe A, et Golaz V. 2010. « Vieillir au Sud : une grande variété de situations ». *Autrepart* 53 (1): 3-15.

Philippe. A 2007. *Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle*. Paris: CEPED, Centre Population et Développement.

Philippe. A, Golaz. V et Sajoux M. 2009. « Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique ». *Retraite et société* n° 58 (2): 184-88.

Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2010). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. WHO Discussion Paper 18. Geneva, Switzerland: World Health

Organization.

Retrieved

from

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf>.

Seck, I, Dia. A.T, Sagna. O, Leye M. M . 2017. « Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal) ». *Sante Publique* Vol. 29 (1): 105-14.

Webographie

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 10 janvier 2021)

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 5 Mars 2021).

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 15 décembre 2020).

Ndiaye, Sara. 2017. « Le fonds d'équité au Sénégal: analyse des mécanismes de la couverture maladie des indigents et de ses perspectives pour la couverture maladie universelle Sara Ndiaye* - Recherche Google ». 2017. https://www.google.com/search?rlz=1C1RLNS_frSN854SN854&ei=me4pXay1D2NlwT7v4tY&q=Le+fonds+d%E2%80%99%C3%A9quit%C3%A9+au+S%C3%A9n%C3%A9gal+%3analyse+des+m%C3%A9canismes+de+la+couverture+maladie+des+indigents+et+de+ses+perspectives+pour+la+couverture+maladie+universelle+Sara+Ndiaye*&og=Le+fonds+d%E2%80%99%C3%A9quit%C3%A9+au+S%C3%A9n%C3%A9gal+%3analyse+des+m%C3%A9canismes+de+la+couverture+maladie+des+indigents+et+de+ses+perspectives+pour+la+couverture+maladie+universelle+Sara+Ndiaye*&gs_l=psy-ab.3...3254.3849..6295...0.0..0.0.0.....1....1j2..gws-wiz.....0.jDGrB2rzXIY

MSAS « Manuel de procédure des mutuelles de santé » 2013

<https://www.unamusc.sn/index.php/les-msc-du-senegal/> consulté le 9décembre 2020 à 12h50mn
<https://www.fpf financingroadmap.org/fr/learning/health-financing-concepts/universal-health-coverage-and-improving-health-all-> (Consulté octobre 20 octobre 2021)

Élisabeth Paul, Oriane Bodson, Valery Ridde, Fabienne Fecher La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques Dans **Reflets et perspectives de la vie économique 2016/1 (Tome LV)**, pages 57 à 71, Mis en ligne sur Cairn.info le 29/04/2016 <https://doi.org/10.3917/rpv.551.0057> consulté le 09 septembre 2021

Annexes

(1) Guide bénéficiaire initiative de gratuité

Caractéristique socio démographique

- Nom, Prénom, âge, sexe, nationalité
- Niveau d'études
- Activités professionnelles
- Situation matrimoniale, nombre d'enfants 0 5ans/personnes de plus de 60ans,

Historique et itinéraire thérapeutique de sa maladie

4. Raison de sa venue dans la structure ?
5. Quels ont été les premiers symptômes de ta maladie ? Quand ?
6. Qu'avez-vous fait ?
7. Dans quelle structure vous êtes allés pour la première fois ?
8. Quels soins avez-vous bénéficié ? Étaient-ils gratuits ?
9. Avez-vous fréquenté une autre structure (médecine traditionnelle, médecine moderne) ?
Si Oui, lesquelles ?
10. De quels soins y avez-vous bénéficié ?

Montant des dépenses de santé

- Qu'avez-vous dépensé depuis les 1ères symptômes ?
- Avez-vous été appuyé financièrement ? si oui, par qui ?

Protection sociale

- Quelles sont les protections sociales que vous connaissez ?
- Où les avez-vous entendus ?
- Qu'en disait-ton ?
- En bénéficiez-vous ? si oui, lequel ? Comment avez-vous fait pour en bénéficier ?
- Connaissez-vous quelqu'un qui en bénéficie ?
- Comment a-t-il fait pour en bénéficier ?

Relations avec les soignants

- Comment les professionnels de santé vous ont-ils accueillis (sage-femme, relais, infirmiers, laborantin, pharmacien, médecin)?

Perceptions

- Que pensez-vous des services offerts ? quelles sont vos attentes en termes d'amélioration de couverture maladie ?
- Pensez-vous que les politiques de gratuité mises en place ont facilité ou non votre accès aux soins ? pourquoi ?

Perspectives et recommandations

Selon vous comment peut-on améliorer les politiques de gratuité mises en place

(2) Guide d'entretien destiné aux professionnels de santé

Caractéristiques Socio démographique

- Région
- District sanitaire
- Prénom, Nom, Age, Sexe
- Situation matrimoniale/ Nombre d'enfants
- Niveau d'étude
- Formations complémentaires
- Fonction dans la structure
- Nombre d'année dans la structure
- Modalités d'implication dans les activités de la CMU

Connaissances sur la CMU

- Qu'est-ce que vous pouvez nous dire de la CMU (bénéficiaire, paquet de service et démarche)?

Fonctionnement de la structure et CMU

- Quels sont les services qui sont disponibles/pas disponibles dans le cadre de la CMU ? (consultation 0 5ans, césarienne, plan sésame, dialyse, médicaments, laboratoire) ?
- Quelles sont les démarches à suivre pour bénéficier des services que votre structure offre dans le cadre de la CMU
- Est-ce que les ayant droits accèdent aux services en cas de sollicitation, la prise en charge est-elle toujours offerte ?
- Les bénéficiaires de la BSF et de la CEC sont-ils pris en charge gratuitement ?
- Est-ce que votre structure dispose d'un service spécialisé dédié à l'information sur la CMU ?
- Comment la CMU a influencé l'organisation de votre travail ?
- Quels sont les difficultés rencontrés sur le remboursement des prestations (services offerts, organisation de l'information)

- Selon vous comment se présente leur influence sur la gestion financière, la disponibilité des médicaments et la motivation des personnels
- Comment faites-vous pour faire face à ces dysfonctionnements ?

Perceptions

- Selon vous, est-ce que les populations adhèrent à la CMU ?
- Selon vous que pense vos collègues (médecins, assistants sociaux)

Perspectives et recommandations

Selon vous comment peut-on améliorer le dispositif des mutuel de santé

(3) Guide destiné au PCA d'une mutuelle, au gestionnaire

Présentation

- Région
- Prénom, Nom, âge, Sexe
- Niveau d'étude
- Parcours professionnel
- Formation complémentaire
- Fonction dans la mutuelle
- Nombre d'années dans la mutuelle
- Quelle est votre perception du programme national de couverture maladie universelle (CMU) ?

La mutuelle (demander le registre de la mutuelle)

- Parlez-nous de votre mutuelle (historique, processus d'implémentation, siège organigramme) ?
- Quelles sont les motivations pour l'implantation d'une mutuelle ?
- Quelle zone couvre votre mutuelle de santé ?
- Quelle est votre population cible ?
- Comment se fait la prise en charge des adhérents (en cas de maladie grave, qu'est ce qui est pris en charge, et le reste à charge de l'adhérent)

Adhérents

- Nombre d'adhérent (sexe, âge, socio-économique, socio-professionnel, taux de couverture)
- Cotisations (modalité, nombre de bénéficiaires, nombre de bénéficiaires à jour)
- Combien de personnes cotisent actuellement ?
- Y a-t-il renouvellement massif?
- Y a-t-il une prise en charge des adhérents non à jour de leurs cotisations ?
- Quelles sont les stratégies mise en œuvre pour le recrutement et le maintien d'adhérents ?

- Processus d'enrôlement des bénéficiaires du PNBSF et des CEC.
- Comment sont identifiées les personnes bénéficiaires des mutuelles dans chaque ménage éligible à la BSF ? Combien sont pris en charge ?
- Bénéficiaires ou non de la BSF/ sont-ils couverts par une mutuelle avec ou sans le remboursement de l'État ?
- Quels sont les paquets de service offerts ?
- Existe-t-il une assurance scolaire ?

Coordination

- Quelles sont vos relations avec la commune ? Union départementale des mutuelles de santé ? Service régional de la CMU ?
- Avez-vous signé des conventions avec des structures sanitaires ? Si oui, combien ? Comment ?
- Montant de dépenses à ne pas dépasser

Subvention

Quand avez-vous bénéficié d'une subvention pour la dernière fois ?

Quels sont les procédures (où ? quand ? à qui ? comment ?)

Y'a-t-il retard de subvention ? Pourquoi ?

Quelles sont les stratégies mises en place pour contourner ce retard ?

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

- Avez-vous des retards de remboursement ?

Des perspectives et recommandations ?

- Selon vous comment peut-on améliorer le dispositif des mutuel de santé

(4) Guide pour les bénéficiaires de la MS

Présentation

- Nom et Prénom, Age, Sexe, Nationalité
- Niveau d'études
- Situation Matrimoniale
- Activités Professionnelles (du mari et de la femme)
- Nombre d'enfants (arbre généalogique) de 0 à 5ans/ Personnes de 60 ans et +
- Faites-nous le récit de votre dernière maladie ou de celle d'un des membres de votre famille (c'était quand la dernière fois que vous êtes tombé malade) ? coût du transport ? Itinéraire thérapeutique, coût prise en charge ? avez-vous bénéficié d'une aide financière familiale ?

Processus d'adhésion

- Depuis combien de temps avez-vous adhéré à la MS
- Nom de la mutuelle de Santé adhéree
- Qu'est-ce qui vous a motivé à adhérer à la mutuelle ?
- Quelles sont les conditions d'adhésion à la mutuelle (pièces à fournir)?
- Combien de personnes sont bénéficiaires dans votre famille ?
- Avez-vous déjà renouvelé votre cotisation Si oui pourquoi ? si non pourquoi
- avez-vous bénéficié des services de la mutuelle lors de votre dernière maladie (lesquels)?

Services offerts (consultations, médicaments, examens biologiques, laboratoires)

- Avec ton carnet de mutuelle, quels sont les paquets de service dont vous devez réellement bénéficier
- Quels sont les paquets de services dont vous avez bénéficié?
- Circuit bénéficiaire (du retrait de la lettre de garantie à l'achat des médicaments) (perception du parcours)
- Quand avez-vous bénéficié d'une prise en charge gratuite dans une structure sanitaire (si 0-5 ans, 60ans) et pour quelle maladie ?
- Depuis votre adhésion, aviez-vous eu des facilités/difficultés d'accès aux prestations sanitaires? Lesquelles? Guichetier, consultation, laboratoire, pharmacie etc.
- Si oui, quelles ont été les raisons?

Perceptions

- Que pensez-vous des services offerts? Quelles sont vos attentes en termes d'amélioration de couverture maladie ?
- Avez-vous des difficultés pour avoir la lettre de garantie à la mutuelle ?
- Quel type de relation entretenez-vous avec le gérant (PCA) de la mutuelle ?
- Pensez-vous que votre adhésion aux mutuelles a facilité ou non l'accès aux soins, si Oui pourquoi, si non pourquoi ?

(5) Guide destiné aux bénéficiaires de la BSF

Caractéristique socio démographique

- Nom et Prénom, Age, Sexe, Nationalité
- Niveau d'études
- Activités Professionnelles
- Situation Matrimoniale/ Nombre d'enfants de 0 à 5ans/ Personne de 60 ans et +

Bourse de sécurité familiale

- Les conditions à remplir pour bénéficier de la BSF ?
- Existe-t-il un Système d'entraide communautaires, religieuses, (solidarité)
- Vous savez pourquoi êtes-vous bénéficiaire ?

- La bourse est-elle valable pendant combien d'années ?
- Depuis combien d'années êtes-vous bénéficiaires de la BSF ?
- Quelles sont les avantages de la BSF ?
- Qui récupère l'argent de la bourse, par quel moyen ?
- Qu'est-ce que vous faites avec cette somme ? Qu'est-ce que cette somme représente pour vous (usage de ses 25000 frs CFA ?
- Comment faites-vous pour gagner de l'argent ? Qui apporte l'argent dans la famille ? Combien ? Qui gère l'argent de la famille ? Comment on l'économise ? Décrire cette mode de conservation ? La place de cette somme dans l'économie de la famille ?
- Le carnet de vaccination des enfants est-elle à jour ?

Mutuelle de santé

- Faites-moi le récit de votre dernière maladie, où celui d'un membre de votre famille
- Bénéficiez-vous d'une adhésion dans une mutuelle ?
- Si oui gratuitement ou avec cotisation ?
- Nombre de membre de la famille couvert par la mutuelle ?
- Qui est affilié à la mutuelle, combien sont pris en charge
- Compréhension du dispositif des mutuelles (savez-vous comment la mutuelle marche)

Perceptions

- Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux services offerts ?
- Quelles sont vos attentes en termes d'amélioration ?

Tables des matières

Remerciements	ii
Sommaire	iii
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	iv
ACRONYMES	v
Résumé	1
Introduction générale	2
Première Partie : cadre théorique et méthodologique	4
Chapitre 1 : cadre théorique	5
1.1 Problématique	5
1. Les initiatives de gratuité au Sénégal	7
2. Les soutiens sociaux liés à la santé	9
3. Les Mutuelles de santé	10
1.2. Questions de recherche	13
1.3. Objectif de recherche	13
1.3.1. Objectif général	13
1.3.2. Objectifs spécifiques	14
1.4. Hypothèse de recherche	14
1.4.1. Hypothèse principale	14
1.4.2. Hypothèses secondaires	14
1.5. Justification de l'étude	15
1.6. Revue de la littérature	16
1.6.1 Définitions et opérationnalité des concepts	31
1.6.2. Modèle théorique	35

Chapitre 2 : cadre méthodologique	37
2.1. Site d'études, calendrier et échantillonnage	37
2.2. Conception des outils de collecte	37
2.2.1. Phase exploratoire	37
2.2.2. L'enquête proprement dite	37
2.3. Le traitement et l'analyse des données	38
2.4. Outils et techniques utilisés	38
2.4.1. Recherche documentaire	38
2.4.2. L'entretien semi-directif	39
2.4.3. Le Focus group	39
2.4.4. L'observation directe	40
2.5. La population d'étude	40
2.5.1. Les institutions	40
2.5.2. Les professionnels de santé	40
2.5.3. Les bénéficiaires de la mutuelle/ Non bénéficiaires	40
2.5.4. Les gestionnaires/ PCA de mutuelle	41
2.6. Difficultés rencontrées	41
Deuxième partie : Cadre Analytique	43
Chapitre 3 : Description de la zone d'étude	44
3.1. Situation géographique de l'arrondissement de Niakhar	44
3.1.1. Description de la commune de Niakhar	45
3.1.2. Présentation du centre de santé de Niakhar	45
3.2. Description de la commune de Ngayokhème	46
3.2.1. Présentation du poste de santé de Ngayokhème	47
3.3. Description de la Commune de Patar Sine	47

3.3.1. Description du poste de santé de Patar Sine	48
Chapitre 4 : Organisation du dispositif de CMU à Niakhar	49
4.1 Organisation du dispositif	49
4.2. Au niveau régional	49
4.2.1. La promotion des mutuelles de santé	50
4.2.2. Les initiatives de gratuité	52
4.3. Au niveau communal	52
4.3.1. Au centre de santé de Niakhar	52
4.3.1.1. La gratuité des enfants de 0-5ans	53
4.3.1.2. Le plan sésame	54
4.3.2. Au poste de santé de Ngayokhème	55
4.3.2.1. Gratuité des enfants de 0-5 ans	55
4.3.2.2. Plan sésame	55
4.3.3. Au poste de santé de Patar Sine	55
4.3.3.1. La gratuité des enfants de 0-5 ans	55
4.3.3.2. Le plan sésame	56
4.4. Expériences des usagers sur la gratuité des enfants de 0-5 ans et le plan sésame	56
Chapitre 5 : Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé	61
5.1. Organigramme des mutuelles de santé étudiées	61
5.2. Fonctionnement des mutuelles de santé	61
5.2.1. Acteurs internes de la mutuelle de santé	62
5.2.2. Les acteurs externes de la mutuelle de santé	62
❖ 5.3. Processus de mise en place des mutuelles	63
5.3.1. Contexte de création de la mutuelle de Niakhar	63
5.3.1.1. Le Circuit des bénéficiaires de mutuelle	66

5.3.2. La mutualité dans la commune de Patar Sine	67
5.3.2.1. Le contexte de création de la mutuelle de santé de Patar Sine	67
5.3.2.2. Circuit des bénéficiaires	68
5.3.3. La mutualité dans la commune de Ngayokhème	69
5.3.3.1. Contexte de création de la mutuelle de Ngayokhème	69
5.3.3.2. Circuit des bénéficiaires	69
Chapitre 6 : La prise en charge de la cotisation des adhérents aux mutuelles et catégories de bénéficiaires	71
6.1. Prise en charge du montant de la cotisation	71
6.1.1. Le système de parrainage par les ONG	71
6.1.2. La contribution des acteurs politiques	73
6.1.3. La contribution de l'État	73
6.1.4. La contribution de la famille	75
6. 2. Le profil des bénéficiaires de mutuelles	75
6.2.1. Les femmes en âge de procréer ou en état de grossesse	76
6.2.2. Les personnes à la santé fragile	77
6.2.3. Les personnes âgées	79
Chapitre 7 : Analyse sur les adhésions et connaissances des mutuelles de santé communautaire	80
7.1. Connaissances sur les mutuelles de santé	80
7.1.1. Les adhérents classiques	80
7.1.2. Les bénéficiaires de la BSF	81
7.1.3. Les non adhérents	82
7.2. Les motifs d'adhésions aux mutuelles de santé	83
7.2.1. Selon les adhérents	83
7.2.2. Le processus d'adhésions des bénéficiaires	83
7.3. Les motifs de non-adhésion aux mutuelles de santé	85

7.3.1. Manque de moyens financiers	85
7.3.2. Insuffisance d'activités de sensibilisation	86
7.3.3. Manque de confiance dans la mutuelle	87
7.3.4. Manque d'engagement de la population	88
7.4. Le renouvellement des cotisations	89
7.4.1. Les motifs de non-renouvellement des cotisations	94
7.4.1.1. Selon les acteurs régionaux et locaux des mutuelles de santé	95
7.4.1.2 Selon les bénéficiaires non à jour de leur cotisation	96
Chapitre 8 : La prise en charge des personnes vulnérables : le programme national de la bourse de sécurité familiale et la carte d'égalité de chances	
	104
8.1. Les bourses de sécurité familiale	104
8.1.1. Le ciblage des bénéficiaires de la BSF	104
8.1.2. Perceptions des bénéficiaires sur les bourses de sécurité familiale	107
8.1.3. Utilisation de la bourse	108
8.1.4. Contraintes liées à la bourse	111
8.1.5. Perceptions enrôlement dans les mutuelles	112
8.2. Carte d'Égalité de Chances	114
8.2.1. Processus d'obtention de la carte d'égalité de chances	115
8.2.2. CEC et bourse de sécurité familiale	115
8.2.3. CEC et processus d'enrôlement dans les mutuelles de santé	116
Chapitre 9 : Représentations sociales des acteurs sur le dispositif de CMU dans l'arrondissement de Niakhar	
	118
9.1. Points de vue des acteurs régionaux et locaux des mutuelles de santé	118
9.1.1. Sur les initiatives de gratuité	118
9.1.2. Sur les mutuelles de santé	118
9.1.2.1. Des avis favorables	118

9.1.2.2. Des avis défavorables	118
9.2. Points de vue des professionnels de santé	120
9.2.1. Sur les initiatives de gratuité	120
9.2.2. Sur les mutuelles de santé	121
Conclusion	123
Références bibliographiques	126
Webographie	130
Annexes	131
(1) Guide bénéficiaire initiative de gratuité	131
(2) Guide d'entretien destiné aux professionnels de santé	132
(3) Guide destiné au PCA d'une mutuelle, au gestionnaire	133
(4) Guide pour les bénéficiaires de la MS	134
(5) Guide destiné aux bénéficiaires de la BSF	135