

Université Assane Seck de Ziguinchor



Unité de Formation et de Recherche des Sciences Economiques et Sociales

Département de sociologie

## Mémoire de Master

Intitulé du Master : Politiques Publiques, cultures et développement

Spécialité : Politiques publiques et développement

**Mutuelles de santé communautaires et prise en charge  
sanitaire des populations de la commune de Ziguinchor**



La rédaction de ce mémoire a bénéficié d'une subvention du CREPOS et de l'IHA

**Présenté par : Rocky SANE**

<b><u>Membres du Jury :</u></b>	<b><u>Sous la direction de :</u></b>
<b>Pr Fatoumata HANE</b> , maitre de conférences, présidente du Jury	<b>Dr Mamadou Aguibou DIALLO</b> maitre-assistant
<b>Dr Abdou KA</b> , assistant, examinateur	<b><u>Sous la supervision de :</u></b>  <b>Pr Fatoumata HANE</b> maitre de conférences
<b>Dr Mamadou Aguibou DIALLO</b> , maitre- assistant, examinateur	
<b>M. El hadji Bakary Sidy NDIAYE</b> , directeur régional du développement communautaire et de la promotion de l'équité, examinateur	

**Année universitaire 2020-2021**

## **DEDICACES**

Nous dédions ce travail à :

Nos deux parents Aliou et Satou Bodian et à mon cher mari Ibrahima Coly pour leurs prières et encouragements,

Notre oncle Ousmane Diédhiou, sa femme Seynabou Diatta ainsi que leurs fils et filles qui nous ont toujours considérés comme leur propre fille et sœur,

Tous nos frères et sœurs et cousins et cousines sans exception qui n'ont jamais manqué de nous donner du soutien affectif, moral et mental nécessaire,

Notre très chère Romélie Sagna (point focal de CICODEV Afrique à Ziguinchor) qui n'a jamais manqué de nous donner son soutien et son temps.

Pour finir, nous dédions ce mémoire à l'A. E. S. (Amicale des Etudiants de Sindian) qui participe à la construction de notre personnalité et à qui nous disons que ce travail est le vôtre.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier particulièrement Dr Mamadou Aguibou Diallo notre directeur de mémoire, pour sa disponibilité, sa rigueur et son professionnalisme.

Nos remerciements sont aussi adressés à :

Pr Fatoumata Hane pour avoir accepté de superviser ce travail,

Tous les professeurs du département de sociologie pour nous avoir initié à la recherche tout au long de notre cursus universitaire et de nous avoir insufflé le désir d'aller de l'avant,

Au CREPOS pour le soutien financier à travers une subvention qui nous été très importante pour la poursuite de ce travail,

M. Moustapha Dia (responsable Unité Assurance Maladie au service régional de la CMU à Ziguinchor), pour nous avoir mis en rapport avec les personnes ressources des mutuelles de santé,

M. Amadou Moussa Seck Diédhiou (trésorier Général de la MSCZ) qui est resté un bon conseiller pendant la durée de l'enquête,

M. Abdoulaye Camara (Secrétaire Générale de l'Union Régionale des Mutuelles de Santé) pour son soutien,

M. Jean Paul Sambou (APM de la MSCZ) pour tous les efforts qu'il a consentis dans le cadre de ce travail,

M. Michel Diatta (psychologue conseiller du CAOSP de Kolda) pour les conseils,

Tous les étudiants de sociologie de la promotion 2018 / 2021 : Alassane Sané, Alioune Diagne, Papa Abdoulaye Dieng, Yatma Loum, Marguerite Tabsy Badji, Mariama Coly et Sagar Diop pour leur soutien moral et les échanges très intéressants tout au long de notre formation.

## **SIGLES ET ACRONYMES**

AG : Assemblée Générale

AGC : Assemblée Générale Constitutive

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

BE : Bureau Exécutif

BSF : Bourse de Sécurité Familiale

BIT : Bureau International du Travail

BSF : Bourse de Sécurité Familiale

CA : Conseil d'Administration

CC : Comité de Contrôle

CEC : Carte d'Égalité de Chance

CFA : Communauté Financière d'Afrique

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIM : Comité d'Initiative Mutualiste

CMU : Couverture Maladie Universelle

CREPOS : Centre de Recherche sur les Politiques Sociales

CS : Centre de Santé

CSU : Couverture Santé Universelle

GAF : Gestion Financière et Administrative

MS : Mutuelle de Santé

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MSACZ : Mutuelle de Santé des Acteurs Culturels de la Région de Ziguinchor

MSCZ : Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor

MSURSY : Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla

MUSAPEC : Mutuelle de Santé des Enseignants du Privé Catholique

ODD : Objectif de Développement Durable

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PACTE : Prospective et Action Concertée pour le Territoire Emergent

PAC : Parents, Amis et Connaissances

PAMS : Programme d'Appui des Mutuelles de Santé

PAS : Programmes d'Ajustement Structurel

PCA : Président du Conseil d'Administration

PDCZ : Plan de Développement de la Commune de Ziguinchor

PMB : Panel Métabolique de Base

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PSE : Plan Sénégal Emergent

PUMA : Programme d'Urgence de Modernisation des Axes frontalier

RM : Région Médicale

RNU : Registre National Unique

SSP : Soins de Santé Primaires

STEP : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

UDMS : Union Départementale des Mutuelles de Santé

UEMOA : Union Économique et Monétaire Ouest Africaine

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (en français, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

URMS : Union Régionale des Mutuelles de Santé

USAID: United States Agency for International Development

YMCA : Young Men Christian Association

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## Liste des tableaux

Tableau 1 : matrice SWOT (forces, faiblesses, menaces et opportunités) de (MSURSY, MSCZ et MSCZ).....	54
Tableau 5 : les mutuelles de santé et les structures sanitaires conventionnées dans la commune de Ziguinchor .....	60
Tableau 6: collecte des cotisations de la MSURSY en 2020 .....	62
Tableau 7: paquet de base offert au niveau des Postes et Centres de Santé.....	64
Tableau 8 : paquet complémentaire offert au niveau des hôpitaux .....	64
Tableau 9 : les produits exclus du paquet de prise en charge.....	65
Tableau 2: adhérents et bénéficiaires de la MSCZ en 2020 .....	71
Tableau 3 : état des cotisations selon le statut en 2020 de la MSCZ .....	72
Tableau 4 : dettes de la MSCZ envers les structures sanitaires de Ziguinchor en 2021 .....	73
Tableau 10: répartition de l'échantillon selon le sexe de l'enquêté et le type de mutuelle .....	84
Tableau 11: répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants .....	85
Tableau 12 : répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants .....	86
Tableau 13: répartition de la population par classe d'âge .....	86
Tableau 14: répartition de l'échantillon selon l'activité professionnelle .....	88
Tableau 15 : répartition de l'échantillon selon l'importance des besoins de santé .....	89
Tableau 16: répartition de l'échantillon selon le sexe et le type de dépense .....	90
Tableau 17: répartition de l'échantillon selon les dépenses en santé et l'activité socio professionnelle de l'enquêté .....	91
Tableau 18: répartition de l'échantillon selon les dépenses en santé et la situation matrimoniale.....	91
Tableau 19 : répartition de la population selon le sexe et le recours à la mutuelle de santé....	92
Tableau 20 : répartition de l'échantillon selon le sexe et le recours à l'automédication .....	93

Tableau 21 : répartition de l'échantillon selon le sexe et les besoins en termes de prise en charge .....	94
Tableau 22 : répartition de l'échantillon selon le temps d'adhésion .....	94
Tableau 23 : répartition de l'échantillon selon le sexe et la raison de l'adhésion .....	95
Tableau 24 : répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction et la raison de l'adhésion à une mutuelle de santé .....	96
Tableau 25 : répartition de l'échantillon selon le type de mutuelle et les retards de cotisation	97
Tableau 26 : répartition de l'échantillon selon le type de mutuelle et les difficultés à s'acquitter des cotisations.....	97
Tableau 27 : répartition de l'échantillon selon les services offerts par la mutuelle .....	99

### **Liste des graphiques**

Graphique 1: répartition de l'échantillon selon le type de mutuelles de santé.....	81
Graphique 2: répartition de l'échantillonnage selon le quartier de résidence .....	82
Graphique 3: répartition de l'échantillon selon le sexe des enquêté (es) .....	83
Graphique 4: répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale .....	84
Graphique 5: répartition de l'échantillon selon niveau d'instruction .....	87
Graphique 6: répartition de la population selon les dépenses .....	90

### **Liste des figures**

Figure 1 : carte des infrastructures sanitaires de la commune de Ziguinchor .....	39
Figure 2: organigramme des Mutuelles de Santé.....	55
Figure 3:pyramide du niveau de prise en charge.....	63

# SOMMAIRE

DEDICACES .....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SIGLES ET ACRONYMES .....	iii
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	v
SOMMAIRE .....	vii
RESUME.....	ix
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	3
1 CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
1.1 Revue de la littérature .....	4
1.2 Problématique.....	15
1.3 Hypothèses de recherche .....	21
1.4 Objectifs de recherche .....	21
1.5 Cadre conceptuel .....	22
1.6 L'intérêt de l'étude .....	30
1.7 Modèle théorique d'analyse .....	32
2 CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE.....	34
2.1 Le cadre général de l'étude .....	34
2.2 Méthodes et techniques d'enquête .....	39
2.3 L'histoire de la collecte des données.....	44
2.4 Techniques d'analyse .....	44
2.5 Difficultés rencontrées .....	45
2.6 Limites de l'étude.....	47
PARTIE 2 : ETUDE DE LA MUTUALITE SANTE DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR .....	48

3	CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR	49
3.1	Profil des mutuelles de santé ciblées par l'étude.....	49
3.2	Analyse stratégique des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor .....	53
4	CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR .....	55
4.1	Les organes de la mutualité à Ziguinchor .....	55
4.2	Le fonctionnement des mutuelles de la commune de Ziguinchor.....	56
4.3	Les adhésions pour les mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor.....	56
	PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES SUR LA MUTUALITE SANTE A ZIGUINCHOR .....	58
5	CHAPITRE 5 : LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS A TRAVERS LES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR.....	59
5.1	La prise en charge des populations par les mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor .....	59
5.2	Les partenaires des mutuelles de santé.....	66
5.3	Analyse des contraintes et limites de mutuelles de santé à Ziguinchor .....	67
6	CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES EMPIRIQUES .....	81
6.1	Caractéristiques de la population d'étude .....	81
6.2	Besoin et recherche de soins dans les ménages de Ziguinchor .....	89
6.3	Adhésion et recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor .....	94
6.4	Connaissance et implication dans la vie de la mutuelle .....	99
6.5	Connaissance des services offerts par la mutuelle .....	99
	CONCLUSION .....	101
	BIBLIOGRAPHIE .....	103
	TABLE DES MATIERES .....	110

## **RESUME**

Ce mémoire s'intéresse à la prise en charge sanitaire des populations de la commune de Ziguinchor par le moyen des mutuelles de santé communautaires. La problématique de recherche aborde les difficultés des mutuelles et plus spécifiquement leur influence sur les prestations et la prise en charge sanitaire des bénéficiaires.

Dans ce travail, trois mutuelles de la ville de Ziguinchor (Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor, la Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla et la Mutuelle de Santé des Acteurs Culturels de Ziguinchor) ont servi de cadre d'étude. La recherche, à la fois qualitative et quantitative s'appuie sur une enquête auprès de 150 bénéficiaires et sur une trentaine d'entretiens avec des administrateurs, des personnels de santé et des acteurs de la mutualité dans la commune de Ziguinchor.

Les résultats de l'enquête de terrain montrent d'un côté, que les mutuelles de santé connaissent de nombreux dysfonctionnements et problèmes qui ont une influence négative sur les prestations et la prise en charge des bénéficiaires. Aussi, les difficultés des mutuelles de santé à Ziguinchor sont liées aux faibles taux d'adhésion et de recouvrement des cotisations, au retard du paiement des financements de la part de l'Etat, à la faible capacité financière de la population cible et à la non prise en charge des médicaments des maladies chroniques. En plus de ces difficultés, on observe un manque de culture mutualiste de la part des membres car de nombreux enquêtés attendent à ce qu'ils soient malades pour adhérer ou renouveler leur adhésion à la mutuelle de santé ciblée. En outre, pour la majorité des personnes enquêtées, l'adhésion à une mutuelle ne constitue pas une priorité car elles parviennent difficilement à satisfaire leurs besoins fondamentaux.

Enfin, les objectifs des mutuelles de santé sont toujours difficiles à atteindre dans la commune de Ziguinchor, compte tenues des difficultés rencontrées par les acteurs, les prestataires de soins et bénéficiaires des mutuelles de santé. Malgré tout, les mutuelles assurent à ses membres une prise en charge sanitaire acceptable par un allègement des dépenses de santé et un accès financier aux structures de santé de proximité.

**Mots clés** : bénéficiaires, mutuelles de santé, prestations, prise en charge, Ziguinchor

## INTRODUCTION

Les problèmes sociaux deviennent de plus en plus incontrôlables et touchent le secteur de la santé dans le monde en général et dans les pays du sud en particulier. En effet, ces dernières années, la santé des populations constitue un défi majeur pour la quasi-totalité des pays en développement. Elle fait l'objet de toutes sortes de mesures, programmes, politiques en vue de son amélioration. Les organismes internationaux, les gouvernements et les communautés essaient de réduire les inégalités en matière de santé entre les différentes catégories sociales.

Par ailleurs, malgré les nombreux efforts sur le plan national et international, les systèmes de santé ne parviennent toujours pas dans les pays en développement, à garantir l'accès à des groupes vulnérables aux services des soins médicaux de base. Avec la montée du néolibéralisme, la préoccupation face à cet état de fait, ne peut que s'accroître. Cette préoccupation est d'autant plus légitime que l'Etat-providence s'efface de plus en plus au profit du néolibéralisme qui atteint même le secteur de la santé.

Dans les pays les plus pauvres d'Afrique, les politiques d'ajustement structurelles ont abouti à la privatisation des services publics, à l'élaboration des nouvelles politiques budgétaires, au déséquilibre entre les valeurs du marché et les formes de vies traditionnelles. Tous ces facteurs constituent autant d'éléments qui ne vont pas toujours dans le sens d'un environnement favorable à la santé. Au contraire, ces facteurs contribuent à une défaillance en ce qui concerne le système de financement de la santé.

Par ailleurs, le Sénégal est classé parmi les pays les plus pauvres du monde où huit personnes sur dix travaillent dans le secteur informel. Ce secteur a fini par devenir, compte tenu du nombre de personnes qui y œuvrent, « le principal amortisseur de la crise » face à la marginalisation des circuits économiques officiels selon (Diop, 2001, p. 5). En effet, près de la moitié de la population sénégalaise vit sous le seuil de la pauvreté et le niveau d'indice de la pauvreté au Sénégal était de 46,7% en 2011, alors que la cible dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par rapport à l'élimination de l'extrême pauvreté et la faim (OMD1) était de 34%.

Face à ce tableau socio-économique peu appréciable, ces dernières années, la société civile se mobilise, des mouvements sociaux expriment les besoins et les projets des exclus sociaux et de nouvelles stratégies d'acteurs émergent dans le secteur de la santé. Ainsi, l'avènement des mutuelles de santé s'inscrit dans cette perspective et constitue un phénomène émergent dans bon nombre de pays africains (Atim, 2000, p. 8).

Dans ce contexte, les mutuelles de santé ne manquent pas, depuis le début des années 1990, d'attirer l'attention des penseurs en sciences sociales en général et de ceux qui s'intéressent à la sociologie et à l'anthropologie de la santé en particulier.

L'historique de la mutualité au Sénégal, montre que la première mutuelle a vu le jour à Fandène en 1988. Depuis, les mutuelles se sont propagées vers les autres localités du pays. En effet, elles ont connu une évolution rapide.

Au Sénégal, l'année 2013 fut marquée par le lancement de la politique de Couverture Maladie Universelle (CMU). Cette dernière a pour objectif de permettre à la majorité des sénégalais exclus des systèmes de protection sociale institutionnalisés et confrontés à l'accès aux soins de santé de qualité, d'accéder à un paquet minimum de soins à travers la mutualisation de la prise en charge sanitaire.

Etudier, les mutuelles de santé au Sénégal est d'un intérêt particulier. Il apparaît donc que la mutualité suscite beaucoup de questionnements qui méritent qu'on s'y penche pour mieux cerner la problématique de la prise en charge de l'état de santé des populations. Compte tenu des dysfonctionnements observables dans les structures sanitaires ainsi que les difficultés d'accès de certaines populations aux soins de santé de qualité, la faible adhésion des populations dans les mutuelles de santé, il est donc nécessaire de faire une étude pour mieux comprendre la mutualité dans la commune de Ziguinchor. C'est dans ce cadre que nous essayons de voir comment les difficultés des mutuelles ont pu influencer sur les prestations et la prise en charge de populations. Pour se faire, trois mutuelles de la commune de Ziguinchor (Mutuelle de Santé de la commune de Ziguinchor, la Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla et la Mutuelle de Santé des Acteurs Culturels de Ziguinchor) ont retenu notre attention.

Ce mémoire est structuré autour de trois grandes parties : la première, concerne le cadre théorique et méthodologique. Cette partie comporte deux sous-parties : le cadre théorique et conceptuel et le cadre méthodologique). La deuxième partie porte sur l'étude de la mutualité santé dans la commune de Ziguinchor. Cette partie comporte aussi deux sous-parties : organisation et fonctionnement des mutuelles à Ziguinchor, la prise en charge des populations à travers les mutuelles communautaires dans la commune de Ziguinchor. Enfin, la troisième partie est consacrée l'étude de la prise en charge sanitaire par les mutuelles et à l'analyse des données empiriques.

## **PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

Cette partie est consacrée à la construction de l'étude. En effet, l'élaboration du cadre théorique et méthodologique est fondamentale car, elle oriente la recherche et permet de mieux collecter les informations sur le terrain. Cette partie va s'articuler autour de deux chapitres. D'un côté nous avons le cadre théorique et conceptuel et de l'autre côté, le cadre méthodologique.

# **CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL**

Ce chapitre est consacré à la conceptualisation de l'étude. Il comprend les éléments liés à la problématique, à la littérature, aux objectifs, aux hypothèses, à la conceptualisation, à l'intérêt du sujet et au modèle théorique d'analyse.

## **1.1 Revue de la littérature**

Plusieurs auteurs et spécialistes en sciences sociales ont consacré des écrits sur les questions de la santé et analysé les problèmes liés à l'offre de soins et à leur accessibilité pour les populations les plus nécessiteuses et/ou démunies.

Dans cette section, nous nous intéressons à la façon dont les chercheurs ont analysé les différentes réformes qu'a connues le système de santé sénégalais de même que les contextes politiques, socio-économiques qui ont eu des répercussions sur la santé publique. Aussi, nous évoquons les initiatives prises pour une prise en charge sanitaire de la population. Parmi ces initiatives, nous abordons l'avènement des mutuelles de santé, leur émergence, leur développement et leurs capacités à favoriser un financement communautaire de la santé. Plus précisément leur influence sur les prestations et la prise en charge des populations et leur potentiel à assurer l'accès aux soins et services en santé seront analysés avec une attention particulière.

### **1.1.1 Système de santé et inégalités d'accès**

Le système de santé est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le rapport sur la santé dans le monde comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires » (OMS 2000 : Xi). Son objectif est double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, autrement dit, de parvenir à satisfaire les attentes des populations (qualité) ; et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes c'est-à-dire, de parvenir sans discrimination, à assurer à chacun la même qualité de soins (équité) ; et tout ceci dans l'amélioration de la santé des populations. Ainsi, comme le note ce rapport de l'OMS cité ci haut, les pays ont besoin de systèmes qui sont en mesure de protéger l'ensemble de leur population contre les « risques sanitaires » et les « risques financiers de la maladie ».

Au lendemain des indépendances, les pays africains ont estimé que la santé était un enjeu important de la construction nationale. Car l'accès aux soins de santé était considéré comme un « droit ». Durant cette période, on a assisté au développement de l'offre de soins en faveur essentiellement des populations urbaines. Ainsi, la concentration relative des moyens de santé dans les villes en faveur des grands centres hospitaliers rend évidemment les soins de santé difficilement accessibles à la majorité de la population rurale selon Mburu (1981). Dans la même perspective, un peu plus tard, Yanick Jaffré et J.-P. Olivier De Sardan, posent le principe de privatisation et de relations. Ils écrivent que « les relations que les soignants entretiennent avec des malades » recommandés ou faisant partie de leurs propres relations, de leur propre réseau, deviennent beaucoup plus interactives, et même parfois particulièrement chaleureuses» (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003, p. 54). On bascule alors dans un système de relations complètement opposé, réservé à une minorité privilégiée, ceux que parfois on appelle les PAC (parents, amis et connaissances) ou les « passe » (passe droits) ». En effet, cette orientation vers la privatisation se fait également au détriment des malades pauvres et sans relations. Pour les malades qui en sont exclus, il s'agit évidemment d'un « favoritisme » injuste, qui fait l'objet d'un fort rejet. Ainsi, Y. Jaffré et J. P. Olivier de Sardan confirment que les usagers ne vont pas nécessairement dans la formation sanitaire la plus proche, ils vont avant tout dans celles où ils connaissent quelqu'un, directement ou indirectement. Dans ce cas, on peut parler de « personnalisation » voire même de « sur personnalisation », dans la mesure où il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues. Donc, le manque d'argent et le déficit en relations excluent les citoyens les plus pauvres des centres de santé publics ou communautaires. Bien vrai que le manque d'argent et le déficit en relation excluent les citoyens les plus pauvres des centres de santé, mais, ces auteurs ne prennent pas en compte le poids de la dette publique et de la mauvaise distribution des soins et la non réduction des paiements directs

Toutefois, la mauvaise distribution des soins de santé, de même que l'inadéquation du modèle hospitalier aux besoins et aux ressources, vont aboutir à une révision des politiques sanitaires. A la fin des années 1970 on commence à revoir les stratégies de développement des services de santé. Les économies et les termes de l'échange se dégradent, le poids de la dette publique atteint souvent des niveaux critiques, les ressources consacrées au secteur de la santé stagnent ou plus souvent régressent et les grandes ambitions des années précédentes apparaissent de plus en plus difficiles à atteindre. C'est pourquoi, la Conférence d'Alma Ata, organisée en 1978 par

l'OMS et l'UNICEF, a proposé de rompre avec le modèle urbain et hospitalier classique pour parvenir à la « santé pour tous pour l'an 2000 ». Pour ce faire, elle a recommandé la promotion d'une politique de soins de santé primaire (SSP). Ces derniers sont définis comme « des soins fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un cout que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement ».

Pour l'OMS (2013), quatre actions clés devraient être entreprises en priorité à savoir : réduire les paiements directs, maximiser les prépaiements obligatoires, mutualiser les risques à grande échelle, et recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer (Tubiana, 2014). Ces recommandations sont très pertinentes pour les pays pauvres car très souvent, leurs populations ont des difficultés à prendre en charge leur santé à cause de la pauvreté. Mais, ces auteurs oublient souvent que ces recommandations ne peuvent pas d'un coup se réaliser, car ces pays sont souvent trop endettés, les budgets insuffisants et les priorités sont multiples. En effet, malgré les abondantes ressources naturelles dont il dispose, le continent africain a les populations les plus pauvres de la planète. Ces dernières subissent toutes les formes d'exclusion notamment en matière de santé.

A cause justement de cet état de pauvreté et d'exclusion, certains penseurs comme Samir Amin, parlent de l'échec de l'Afrique dans son ensemble. Selon Amin, précisément, ce sont les interactions entre les conditions internes spécifiques et la logique de l'expansion capitaliste mondiale qui sont les causes de cet échec du continent (Amin, 1995, p. 12). Pour lui, les explications fournies (concernant l'échec du continent africain) par les économistes de l'économie internationale doivent être remises en question dans la mesure où ces dernières ne tiennent pas compte d'une logique d'ensemble. Armand Gilbert Noula, de son côté, parle de déséquilibres structurels caractéristiques des économies africaines (Noula, 1995, pp. 6-10).

En somme, à travers la lecture de ces auteurs, deux causes seraient à l'origine de ces déséquilibres structurels que connaissent les économies africaines : un fait historique (la logique de l'économie coloniale) et un fait contemporain (le contenu des politiques de développement post indépendance). Amin et Noula attirent l'attention sur les conséquences de la colonisation et sur les problèmes politiques et socioéconomiques que les pays africains ont eu à affronter aux lendemains des indépendances.

Ces problèmes se sont accentués dans les années 80 et 90 à cause notamment des Programmes d'Ajustement Structurel qui ont eu pour effets d'augmenter la pauvreté au Sénégal pris dans un tourbillon des crises et des innovations, mais aussi des contraintes de la mondialisations (Gaye & Diagne, 2008, p. 1).

S'agissant de la pauvreté au Sénégal, l'Agence Nationale de Statistiques et de Démographie (ANSD) fait constater une situation généralisée de pauvreté en 2021. En effet, dans une enquête nationale intitulée *l'Enquête harmonisée sur les Conditions de vie des Ménages (EHCVM 2018 2019) au Sénégal*<sup>1</sup> publiée en septembre 2021, l'agence en charge des statistiques et de la démographie fait constater que le taux de pauvreté monétaire est estimé à 37,8% en 2018/2019. En valeur absolue, le nombre de pauvres a augmenté au Sénégal (5 832 008 en 2011 contre 6 032 379 en 2018). Par rapport au milieu de résidence, la pauvreté est très accentuée en milieu rural (53,6% contre 19,8% pour le milieu urbain). Toutefois, en valeur relative on a noté une baisse du niveau de pauvreté de cinq points par rapport à 2011 (42,8%). Les résultats de l'enquête révèlent également que le taux d'extrême pauvreté est passé de 12,2% à 6,8% sur la même période. Pour ce qui concerne le niveau de pauvreté par région, il ressort de l'analyse que les régions de Sédhiou (65,7%), Kédougou (61,9%), Tambacounda (61,9%), Kolda (56,6%), Kaffrine (53,0%) et Ziguinchor (51,1%) sont les plus touchées (ANSD, 2021). Ainsi, avec cette situation généralisée de pauvreté, la question du financement de la santé par les ménages peut se poser car la santé a un coût et les structures sanitaires mobilisent les contributions des patients pour financer la santé. Or, comme le montre le rapport de De La Moussaye et Jacquemot (1993), les pays africains ont besoin de systèmes qui sont en mesure de protéger l'ensemble de leur population contre les « risques sanitaires » et les « risques financiers de la maladie ». Toutefois, les systèmes de santé des pays africains au sud du Sahara sont fragiles et peu performants. Ils sont limités par des facteurs politiques, économiques, géopolitiques, humains et sociaux.

Par ailleurs, un regard sur leur structuration permet de voir que les systèmes de santé sont fortement influés par un facteur historique qu'est la colonisation. En effet, Marc-Éric Gruénais et Roland Pourtier nous rappellent que « les systèmes de santé africains actuels se sont bâtis à partir des institutions coloniales » (Gruénais & Pourtier, 2000, pp. 3-12).

---

<sup>1</sup> Le rapport de l'ANSD (septembre 2021) est disponible sur l'url : <https://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport-final-EHCVM-vf-Senegal.pdf>

L'enseignant chercheur en géographie spécialisé en santé, (Dione, 2013) et le médecin spécialiste en santé publique Felix Atchadé (Atchadé, 2013) rejoignent cette thèse en montrant que la hiérarchisation du type pyramidal des niveaux de soins actuels n'est rien d'autre qu'une continuité de la politique sanitaire coloniale. Les systèmes africains de santé post indépendance ont gardé la structuration coloniale même si des investissements et des améliorations ont été effectués ces dernières décennies. En effet, au Sénégal, comme dans de nombreux pays de l'Afrique de l'ouest, l'Etat a consenti dès l'indépendance, d'importants efforts pour offrir à l'ensemble de sa population une couverture sanitaire et de répondre ainsi à un impératif de santé publique. Des politiques, plans et programmes de santé ont été mis en œuvre par les gouvernements successifs pour assurer un accès aux soins (Ridde V. , 2012, pp. 18-20) à la population. Mais l'Etat en Afrique n'a pu assurer une plus grande équité dans l'accès aux prestations offertes par les services de santé (Becker, Diakhaté, & Fall, 2008, pp. 420-435). Ainsi, la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (Monekosso, 1989) et l'appui des organisations comme l'OMS ont permis de décentraliser et de démocratiser les soins dans les zones urbaines et rurales du pays. Toutefois, Valery Ridde montre que malgré les efforts fournis dans le cadre de l'Initiative de Bamako par les autorités politiques et sanitaires, on note une certaine inégalité en termes de santé au Sénégal (Ridde & Girard, 2004, p. 44). De même, Didier Gobbers affirme que :

« Dans presque tous les États africains, l'initiative dite de Bamako (dont les soins de santé primaires constituent le fer de lance) a parfois suscité de très fortes réactions depuis son lancement en 1987, notamment en ce qui concerne la possible exclusion économique d'une certaine tranche de la population du fait de la tarification et de l'instauration du recouvrement des coûts des soins auprès des usagers » (Gobbers D. , 2002, p. 1).

En effet, pour D. Gobbers, ce qui ressort ici, c'est que le véritable facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins. Ainsi, à l'instar de (Gobbers, 2002, p. 8), les responsables des politiques de santé doivent donc porter leurs efforts sur deux fronts. D'une part, sur celui de l'accessibilité économique des soins à la fois en gérant mieux ce qui est sous leur contrôle direct, et parallèlement en favorisant des alternatives à l'offre publique de soins. D'autre part, l'effort doit porter sur la qualité en réconciliant les professionnels de santé avec leur métier, mais également avec les usagers car la relation soignant et soigné est problématiques en Afrique (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003, p. 54).

D'un autre côté, l'incapacité des Etats africains de prendre en charge et de satisfaire les besoins des populations, d'assurer une gestion efficiente des services publics, d'intégrer tous les citoyens ainsi que les communautés dans une dynamique de développement durable, d'appliquer des politiques efficaces contre la corruption, d'assurer le plein emploi des facteurs de production va déboucher sur le désengagement de ces derniers. Les populations déjà assez fragiles vont encore être plus livrées à elles-mêmes. Parlant de cette incapacité, on peut dire que le secteur de la santé est parmi les plus touchés par cette panoplie de crise sur le continent. Les « hôpitaux sont malades » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003, p. 54) et les patients malades n'arrivent pas à prendre en charge leurs santé. En effet, en Afrique de l'ouest et au Sénégal en particulier, depuis plusieurs décennies, c'est tout le système économique qui s'épuise et rentre en crise. Cette crise, selon le professeur Amadou Aly Dieng, trouvent leur origine au lendemain des indépendances avec notamment une croissance des charge de l'Etat entrainant des prélèvements toujours plus importants sur l'agriculture et un recours intensif aux emprunts des capitaux sur le marché libre (Dieng, 1996, p. 43).

Enfin, depuis 2020, la pandémie de la COVID-19 a fortement mis à l'épreuve le système de santé sénégalais, car cela a été d'une part, non prévu et d'autre part, cela a requis une réorganisation en profondeur du dispositif existant. Il a fallu ainsi définir de nouvelles priorités pour la prise en charge de patients contaminés et en même temps continuer à assurer le service continu pour les autres maladies et urgences sanitaires. Ainsi, l'accès aux services de santé est plus difficile voire impossible depuis le début de la crise en partie à cause des postes de santé qui ont limité leurs services voire les ont suspendu, en plus de médecins qui ont été mis en quarantaine. Cette situation est bien plus importante pour les populations rurales (29%) que les populations urbaines (21%) (ANSD, 2020, p. 38). Aussi, le confinement a accentué les inégalités d'accès aux soins avec un renoncement à consulter un médecin plus marqué chez les catégories les plus fragiles.

### **1.1.2 La mutualité santé au Sénégal : instrument d'accès et d'universalité des soins de santé**

Par définition, les mutuelles de santé sont des organismes communautaires à but non lucratif dont l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs membres aux systèmes de santé (Ridde V. , 2013, p. 47). En tant que forme de protection sociale, les mutuelles de santé constituent des groupements à but non lucratif, c'est -à -dire qui ne sont pas tournées vers la recherche du profit. Elles entreprennent des activités portant sur la prévoyance, la solidarité et l'entraide.

Elles délivrent, dans les domaines suivants : la couverture complémentaire maladie, la prévoyance, les actions sanitaires et sociales (Kamel, 1996, p. 105).

Les mutuelles de santé sont des structures importantes permettant aux plus nécessiteux de prendre en charge leur santé. Elles assurent la santé des bénéficiaires en réduisant les coûts des soins, des médicaments et autres actes médicaux. Ainsi, de par ce rôle d'assureur au niveau communautaire, elles peuvent être un levier important dans l'accès universel aux services de santé.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) peut donc s'appuyer sur les mutuelles pour se déployer et s'assurer d'une certaine efficacité voire efficience car, selon l'OMS, le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés. En fait, la couverture maladie universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et sur la notion de santé pour tous définie dans la déclaration d'Alma Ata de 1978. L'équité en est un principal point cardinal. Cela signifie que les pays doivent suivre les progrès non seulement au sein de la population en générale, mais aussi au sein des différentes catégories (niveau de revenu, sexe, âge, lieu de résidence, situation migratoire et origine ethnique).

Aujourd'hui, la Couverture Santé Universelle (CSU) est le moteur de la santé mondiale, comme le montre la résolution de 2012 de l'Assemblée générale des Nations unies et le fait qu'elle soit au cœur de l'un des objectifs de développement durable pour 2015 (Ridde, et al., 2021). En effet, pour ces auteurs, l'analyse de la rhétorique des acteurs et actrices de la santé mondiale révèle un consensus pour une plus grande implication de la société civile dans le renforcement des systèmes de santé pour les CSU. Ainsi, une caractéristique clé de ces mutuelles est que « la communauté est impliquée dans la conduite de sa mise en place et dans sa gestion » (Mathauer, Mathivet, & Kutzin, 2017, p. 1).

Au Sénégal, la mise en œuvre de la couverture universelle repose principalement sur les mutuelles de santé communautaires, réputées plus proches de citoyens avec une longue expérience en assurance santé. En 2013, le ministère en charge de la santé a considéré que les mutuelles communautaires de santé étaient « les seules ayant le potentiel de couvrir la majorité de la population sénégalaise » (MSAS, 2013). Cependant, la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé (2011- 2015) s'est fixée comme objectif la création de 351 mutuelles municipales.

Elle comportait une phase pilote de trois ans, soutenue par des partenaires extérieurs (France, Belgique, Luxembourg, OIT, FNUAP), avec un budget total estimé à environ 20 millions d'euros.

Aujourd'hui, le Sénégal subventionne 50% de la prime annuelle (5,3 euros) et théoriquement depuis 2013, 100% des cotisations pour les indigents bénéficiaires des Bourses de Sécurité Familiale (BSF) inscrits au Registre National Unique (RNU) qui adhèrent aux mutuelles. Les indigents et les membres des mutuelles communautaires de santé sont considérés comme faisant partie du même pilier de l'assurance maladie communautaire

En fait, au Sénégal, les mutuelles de santé sont créées pour les personnes non couvertes par la sécurité sociale et les institutions de prévoyance maladie. Elles jouent le rôle d'assurance de base pour les individus sans aucune couverture maladie et d'assurance complémentaires pour ceux qui sont déjà couverts de par leur emploi (Diallo M. A., 2014, p. 25).

Par ailleurs, considérant que plus de 80% des sénégalais en 2013 ne sont pas couverts par une assurance maladie ou contre le risque maladie et doivent faire face à la simultanéité de la maladie et du paiement pour se soigner (MSPM, 2004), les mutuelles constituent donc une bonne opportunité pour assurer la santé des populations. En effet, cette simultanéité peut créer des situations où des familles peuvent être jetées dans la pauvreté, pour faire face à des coûts de santé élevés. Dans ce même point de vue, une autre étude de la professeure Fatoumata Hane montre qu'en 2011, la contribution des ménages au financement de la santé était toujours élevée au Sénégal, notamment en raison de dépenses majeures en médicaments. Cette étude révélait que 2,59 % des ménages avaient effectué des dépenses catastrophiques et 1,78 % des ménages étaient tombés dans la pauvreté en 2011, alors que ce taux était de 0,96 % en 2005 (Hane, 2019). Or, les populations confrontées à une pauvreté persistante supportent difficilement les charges financières liées à la santé. Ces indigents ont besoin soit d'une assistance sociale soit d'une assurance maladie peu coûteuse et très généreuse. Seulement, le dispositif prévu pour la prise en charge des cas sociaux et des indigents dans les structures sanitaires n'a jamais réellement bien fonctionné.

Depuis 1991 le BIT, préconisait déjà que les dépenses de santé soient prises en charge de façon solidaire compte tenu de leur caractère onéreux (Sy, 2002, p. 187) . Toutefois, on assiste depuis le début des années 90 à l'essor de nombreux systèmes de protection sociale créés par d'autres acteurs que les Etats : les communautés, les ONG, les organisations d'employeurs et de travailleurs, les institutions des micros finance, etc. (Bit-Step, 2003).

Dès lors, on a constaté l'intérêt pour le financement communautaire de la santé quand la commission de macroéconomie et de santé a recommandé que les paiements par les usagers soient de plus en plus canalisés à travers des mutuelles de santé (OMS, 2001). Donc c'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'initiation et l'impulsion de la mutualité dans la dynamique de recherche des sources de financements alternatives fiables pour le secteur de la santé.

Aujourd'hui, toutes les expériences dans les pays en développement, en particulier en Afrique, ont montré que les paiements directs exposent les ménages aux dépenses catastrophiques pour les soins et accroissent l'appauvrissement des populations vulnérables. De ce fait, le système de santé basé sur le paiement direct exclut de l'accès aux soins une large part de la population, à savoir les travailleurs du secteur informel (Hane, 2019). Pour surmonter cette situation, des organisations internationales et les décideurs politiques ont mis en place des initiatives communautaires de financement des systèmes de santé à travers les mutuelles de santé (Seck et al., 2017, p.3).

Par ailleurs, le 20 Septembre 2013, le chef de l'Etat du Sénégal a lancé officiellement la Couverture Maladie Universelle (CMU), pour permettre à la grande majorité des sénégalais d'accéder aux services et soins de santé avec une participation financièrement faible de la part des bénéficiaires car seuls 20% de la population sénégalaise en 2013 bénéficiaient d'une couverture du risque maladie ; donc est en mesure, de faire face financièrement pour se soigner en cas de maladie. Il s'agissait principalement des travailleurs salariés et des agents fonctionnaires, respectivement pris en charge par le régime légal de l'assurance maladie obligatoire et par le régime dit de l'imputation budgétaire. Ces quelques catégories des ayants-droits, permet de prendre conscience de l'importance numérique de la population à protéger contre le risque maladie.

Bien que des améliorations aient été réalisées dans le secteur sanitaire, « ces améliorations sont très localisées et relativement rares, car les mutuelles de santé communautaires dans leur ensemble n'attirent pas plus de 6% de la population sénégalaise, et le nombre de cotisants par mutuelle dépasse rarement trois cents personnes » (Frintz, 2014). Il aurait été donc trop tôt, selon Dr Ibrahima Dione en se référant sur l'expansion mutualiste, de dire que les MS constituaient un moyen probant contre l'inaccessibilité aux soins de santé et pour pallier les limites des systèmes de protection sociale (Dione, 2013). Parmi les problèmes que rencontrent les structures mutualistes, l'article de Seck et al, effectué à Ziguinchor écrit que « la faible adhésion était significativement associée à la résidence en milieu rural ; à la grande taille du ménage ; au faible niveau d'instruction et de revenu du chef de ménage ; à une perception peu

élevée de la qualité des soins et à l'éloignement de la formation sanitaire la plus proche et à la présence d'une personne âgée de 60 ans dans les ménages » (Seck et al., 2017, p.2). En plus, (Fall C. , 2003, p. 39) dévoile en même temps les différentes limites de ces initiatives : à savoir le caractère cyclique des revenus du public cible et la petite taille pour ce qui concerne les mutuelles plus particulièrement.

Pourtant, le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé élaboré (2004), avait posé la problématique de leur développement et identifié plusieurs limites ou contraintes. Parmi celles-ci, il y a : la faiblesse de l'appui de l'Etat au développement de MS, la faiblesse de la capacité contributive des ménages, surtout dans les mutuelles communautaires, l'inexistence de mécanisme de subvention par l'Etat et ses démembrements, l'insuffisance de l'environnement juridique du développement de MS, la faible implication des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé, la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles, la faible pénétration des populations cibles, l'insuffisance de la formation en gestion administrative et financière des administrateurs des MS. .

De toute évidence, à en croire, pascal Ndiaye, quoique les MS aient un impact encore limité, leur développement favorisant l'extension de l'assurance maladie en faveur des personnes exclues des systèmes de protection sociale institutionnalisés paraît incontestable (Ndiaye, 2006, pp. 311-330). Aussi, en permettant aux populations de se prendre en charge au plan sanitaire, elles les aident à accroître leur capitale santé indispensable pour effectuer à bien un travail productif ou rémunéré. Avec le processus de mis en place de la CMU, des correctifs ont été apportées<sup>2</sup>. Voulant le développement de la CMU de base à travers les MS. Les dispositions prises et adoptées relatives à la mutualité de santé pour faire face à l'exclusion des systèmes de protection sociale institutionnalisés, permettront tant soit peu aux ménages pauvres de faire face à leur situation de pauvreté tout en espérant y sortir, et à ceux qui ne le sont pas, de ne pas basculer dans la pauvreté.

---

<sup>2</sup> L'Etat a lancé un certain nombre d'initiatives. On peut citer : La signature de la Convention entre les MS et le ministère en charge de la santé- L'encadrement et le renforcement des capacités des MS- L'élaboration des manuels de procédures de gestion administrative et financière et comptable pour des MS. L'élaboration d'un manuel de formation sur la mise en place et la gestion des MS L'élaboration des projets de décret de l'office nationale de la mutualité sociale et du Fonds national de garantie des mutuelles sociales. La mise en œuvre du modèle de l'assurance maladie à grande échelle avec comme zone pilote Sokone et Koungeul.

Compte tenu du rôle que peuvent jouer les MS dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables et dans la réduction de la pauvreté, différents partenaires internationaux ont défini des stratégies dans la Plateforme d'Abidjan (1998) pour appuyer le mouvement mutualiste naissant en Afrique. Au niveau interne, l'Etat a montré son engagement en faveur du développement des MS à travers le programme d'appui des mutuelles de santé (PAMS) en 1998. Ainsi, le Gouvernement a décidé d'allier un régime d'assistance médicale à un autre d'assurance maladie communautaire. Le premier consiste en une prise en charge directe des dépenses de santé de certaines catégories de la population. Le deuxième régime, celui de l'assurance maladie communautaire, repose quant à lui sur une prévoyance du risque maladie par l'adhésion à des mutuelles de santé constituées par les habitants d'une même commune. Il s'est doté d'un cadre juridique par la loi relative aux mutuelles de santé (MSAS, 2013-2017), Ces mutuelles prennent en charge les frais de santé de leurs adhérents au niveau des postes et centre de santé, de même que ceux liés à l'achat de certains médicaments dans les officines de pharmacies agréées.

S'agissant des soins hospitaliers, leur prise en charge est assurée par les unions constituées par les MS d'un même département ou d'une même région. Au-delà de la volonté politique et des efforts consentis par le Gouvernement et les partenaires, plusieurs difficultés subsistent et sont susceptibles de compromettre le développement et la viabilité des mutuelles de santé.

En résumé, ces données sur la problématique de la prise en charge sanitaires des populations à travers le monde nous ont permis d'avoir un aperçu sur l'ampleur de la vulnérabilité des populations face à la santé. Ainsi il se trouve que des engagements ont été pris à l'encontre de ces populations. Mais malgré ces initiatives prises les auteurs ont montré les limites de ces initiatives. Ainsi, malgré les nombreuses études sur les facteurs explicatifs et les efforts consenties pour une meilleure prise en charge de l'état de santé des populations, les difficultés continuent à persister davantage. D'ailleurs, bien que les lois formelles sur les mutuelles de santé existent au Sénégal, les difficultés des mutuelles de santé demeurent. De ce fait, la prise en compte de ces difficultés nous paraît primordiale. C'est dans cette mouvance que notre problématique va s'inscrire sur les raisons explicatives de la continuité et de la persistance des difficultés des mutuelles de santé communautaires dans la commune de Ziguinchor.

## 1.2 Problématique

Depuis la fin des années 1970 avec la conférence d'Alma Ata (1978), les stratégies de santé à l'échelle mondiale ont toujours accordé une attention particulière aux problèmes d'accès aux services de soins de santé de qualité aux populations les plus démunies. En effet, les pays d'Afrique en général et ceux de l'Afrique de l'ouest en particulier vivent plusieurs aléas (maladies, catastrophes environnementales, conflits), qui mettent en danger la vie d'innombrables citoyens dans un contexte des plus incertains. Ainsi, l'Afrique est qualifiée par certains auteurs comme Y. Jaffré comme étant un continent où sévissent des « maladies de la pauvreté de (Jaffré Y. , 2006)». À cette pauvreté il faut ajouter la faiblesse des systèmes sanitaires africains car les soins pèsent dans les dépenses des ménages. De même, la santé de certaines populations est loin d'être positivement appréciable par rapport à celle des pays dits développés.

D'ailleurs, au Sénégal, compte tenu des coûts liés à la santé que ne peuvent pas supporter toutes les populations, l'inégalité (ou l'égalité) dans l'accès aux soins de santé constitue l'une des limites du système national de santé.

Lorsqu'on s'intéresse au concept d'égalité en matière de santé, Tessa Tan Torres Edejer estime que le concept d'égalité est assez complexe. En effet, « dans son acceptation la plus étroite, l'égalité signifie l'accès égal aux soins ou l'utilisation égale des services de santé » (Edejer, Tessa Tan-Torres, 2001, p. 34). Toutefois, si on prend le terme dans un sens plus large, il faut considérer des facteurs d'équité horizontale, en vertu desquels des personnes ayant des besoins semblables bénéficient de services semblables, et d'équité verticale, en vertu desquels les personnes qui ont plus de besoin reçoivent plus de services.

Amartya Sen quant à lui défend la notion d'égalité des capacités, selon laquelle « la société s'assure que chaque personne a la capacité de convertir une possibilité en avantage concret » (Sen, 1992, p. 8). Cette égalité dans l'accès aux soins, voire l'utilisation des services de santé est certes souhaitable, mais toutefois, la traduction des possibilités en avantage concret reste un désir inopérant pour d'innombrables personnes compte tenu de leur capacité limitée en termes économiques et socio- relationnels. La pauvreté a toujours été considérée comme « un élément, un facteur qui influence négativement l'état de santé des populations » (Thélot, 2003).

Depuis le rapport de Flexner en 1910, (où il était question de réformer les écoles de médecine en vue de réformer des médecins avec un savoir standard), en passant par le rapport de Dawson en 1920 (ou une organisation pyramidale des systèmes de santé était proposée et commençait à

être expérimentée) et le rapport de Beveridge en 1942 (où la question de la protection sociale était proposée et acceptée comme une responsabilité de l'Etat), jusqu'à la déclaration d'Alma Ata en 1978 (où la question des soins primaires était considérée comme une priorité en matière de santé), les penseurs et les décideurs constamment envisagé les manières, les méthodes, les démarches à entreprendre pour créer des environnements favorables à la santé.

Cependant, à cette époque, ces stratégies ne peuvent s'appliquer que dans les pays où certaines conditions (sécurité, démocratie, développement économique)<sup>3</sup> sont remplies et favorisent l'instauration d'environnements favorables à la santé. En effet, quand on prend compte ces stratégies définies lors de cette troisième conférence ainsi que les conditions établies, on se rend compte qu'elles s'inscrivent dans une perspective de continuité de la Conférence d'Alma Ata. Car, lors de cette conférence on a beaucoup insisté sur l'engagement communautaire en matière de santé. Ce dernier doit être compris comme « un processus par lequel les communautés, les familles et les individus assument la responsabilité de leur santé et de leur bien-être et renforcent leurs capacités de contribuer à leur propre développement et à celui de la communauté » (OMS, 1993, p. 65).

Par ailleurs, il faut savoir que les problèmes de santé ne peuvent être traités hors des contextes socio politiques spécifiques. Le capital social peut avoir des grandes influences sur l'état de santé de chaque individu. En effet, un individu sans ressources financières peut compter sur ses relations sociales pour une bonne prise en charge de sa santé.

Durant la dernière décennie du vingtième siècle et au début du vingt et unième siècle, les modèles sociaux de la santé ont en commun de reposer, (Edejer, Tessa Tan-Torres, 2001), sur les principes suivants : le bien-être de la collectivité est aussi important que la santé des particuliers ; Au niveau des particuliers, les aspects interpersonnels des services de santé sont aussi importants que les aspects techniques.

Dans la logique de ce modèle social de la santé, l'intervention communautaire, le renforcement du capital social et la mise en valeur de la dignité et de l'autonomie des personnes constitue autant de valeurs auxquelles on accorde de l'importance.

---

<sup>3</sup> Plus en détail, les conditions énoncées portent sur : La paix et la sécurité dans le pays ou la région, -L'exercice participatif du pouvoir, où les droits de l'homme sont privilégiés, -Des conditions de vie satisfaisantes, -La décentralisation du processus de décision pour favoriser la participation de la population et de lui donner des moyens d'agir, -L'absence de pauvreté extrême, -L'équilibre entre croissance démographique et ressources naturelles, -L'accès à l'eau propre, à l'air pur, à une nourriture saine et à des sources d'énergie, -L'équité et la justice socio-économique entre pays, de même qu'à l'intérieur du pays, -Un accès équitable aux services sanitaires et sociaux.

L'intervention dont, il est question ici désigne l'implication des populations, la responsabilisation de ces derniers mais aussi et surtout une plus grande contribution au financement des coûts des services de soins de santé dont elles sont les bénéficiaires. C'est de cette logique que participent les mutuelles de santé que nous entendons étudier dans le cadre de notre travail de recherche.

A ce niveau, il faut préciser que les mutuelles de santé contribuent fortement dans le domaine de la santé. Selon Michelle Diatta, les mutuelles de santé « visent à assurer aux populations exclues des soins de santé et non bénéficiaires des systèmes de protection institutionnalisés ou formels une meilleure prise en charge de leur état de santé en offrant une prévoyance maladie à ses adhérents » (Diatta, 2016, p. 10). Cette prévoyance qu'on peut qualifier de communautaire ou extra institutionnel compte en partie sur les individus pour se financer, s'organiser et se pérenniser. De plus, pour François Ayena, « la prévoyance consiste à prendre conscience des risques auxquels on est soumis parce qu'on devra y faire face de sa propre initiative. Le monde de la prévoyance est un monde où chacun doit se savoir faible et fragile, soumis à d'incessants coups du sort et revers de fortune ; c'est un monde de la force majeure » (Ayena, 2012, p. 463)

En effet, le principe des protections sociales reste méconnu ou est à peine connu des populations. Et pour certaines personnes, la maladie est un tabou, en parler alors qu'elle n'est pas encore visible ou présente, c'est l'attirer. En outre, la solidarité dans ce contexte n'intervient qu'en cas d'urgence ou du moins quand la maladie apparaît. C'est ce que (Ayéna, 2012) nomme sous le vocable de « solidarité spontanée ». Ainsi, ce dernier appréhende sous cet angle la prévoyance comme une « prudence de l'acteur rationnel » devant l'incertitude de ses moyens financiers et des vicissitudes de la vie.

Devant une telle situation dont il ne maîtrise pas, l'« acteur rationnel » élabore dans le présent des stratégies qui pourront lui garantir dans l'avenir une protection sociale en cas de maladie ou de handicap en lui permettant de couvrir le plus efficacement possible ses dépenses de santé. Aborder la problématique des mutuelles de santé, revient donc à considérer les notions de solidarité et de prévoyance indissociables de la mutualité qui dépasse elle-même son application à la santé.

Par ailleurs, en dépit des nobles et ambitieux programmes élaborés depuis la conférence d'Alma Ata, l'état sanitaire des populations reste alarmant (Diouf, 2005, p. 21). Toutefois au Sénégal, quelques espoirs semblent se dessiner avec l'avènement des mutuelles de santé en 1988 avec la première mutuelle de santé de Fandène à Thiès.

Depuis, les mutuelles de santé ont connu un essor rapide durant ces dernières décennies. Cet essor est favorisé par l'engagement politique de l'Etat pour le développement des mutuelles de santé en 1997, par la mise en place du Projet d'Appui aux Mutuelles de Santé (PAMS) et la création de la Cellule d'Appui aux Mutuelles et Comités de Santé (CAMICS). Aussi, en 2003, le Sénégal s'est doté d'un cadre juridique par l'adoption d'une loi relative aux mutuelles de santé. Ainsi, pour le développement des mutuelles de santé un plan stratégique a été adopté en juillet 2004.

D'un côté, ces diverses initiatives rappellent que les mutuelles de santé peuvent contribuer à l'efficacité du secteur de la santé par l'amélioration de la qualité des soins, l'accès aux soins et l'extension de la protection sociale aux couches défavorisées de la population et la mobilisation des ressources locales.

D'un autre côté, les mutuelles de santé ont pour cibles les couches vulnérables exclues des systèmes de protection sociale. Elles visent un double défi : améliorer la santé des populations et de trouver un financement alternatif durable aux soins.

Toutefois, le véritable problème de l'implantation des mutuelles est de savoir comment organiser cette solidarité en tenant compte de la faiblesse de la capacité d'investissement des communautés évoluant dans le secteur de l'informel. En effet, ces populations sont confrontées à une insuffisance des revenus, à des difficultés en matière d'alimentation, de logement, de transport et à des problèmes d'accès aux infrastructures sociales de base ; ce qui fait que les catégories cibles ont des difficultés à s'acquitter des cotisations (Diallo M. A., 2014, p. 257) . De plus, dans le contexte actuel, les mutuelles sont confrontées à des difficultés d'ordre technique, organisationnel et institutionnel (Diouf, 2005, p. 23). En effet, si en Europe, la protection est souvent remise en cause, car entraînant l'inflation des dépenses de santé et la surconsommation médicale, par contre, en Afrique, ce système est perçu comme un enjeu de taille pour accéder aux soins pour la majorité des populations qui en sont exclues, (Seck et al., 2017, p.4).

Les facteurs qui favorisent l'adhésion à une MS généralement évoqués par la littérature sont de trois ordres à savoir : la capacité contributive des ménages à payer les cotisations à la mutuelle, la confiance que les populations ont vis à vis des personnes qui portent la mutuelle ainsi que le système de gestion mutualiste, et la qualité des soins telle qu'elle est perçue par les adhérents à la MS.

Un quatrième facteur rarement évoqué mais qui peut constituer un frein à l'adhésion mutualiste est « l'absence de reconnaissance des thérapies traditionnelles dans le champ conventionnel des soins médicaux mutualisés » (Ayéna, 2012, pp. 406-432). Avec ces divers facteurs, il apparaît donc, qu'une offre de soins qui n'est pas attirant constitue un obstacle à l'adhésion mutualiste effective. À propos des dysfonctionnements des mutuelles de santé, Frintz affirme que la mise en place des mutuelles de santé communautaires gérées par des bénévoles et sous l'initiative des associations ainsi que des mouvements religieux n'a pas fait grande chose puisque les cotisants sont pris en charge qu'à hauteur de 20 ou 50% dans un poste de santé aux prestations limitées et où les médicaments coûteux ne sont pas disponibles (Frintz, 2014).

Dans de telles conditions, de l'avis de Frintz, conserver son argent tant qu'on est en bonne santé et une fois malade avoir la latitude d'opter pour un type de recours aux soins semble être la voie à suivre. D'ailleurs, selon Valery Ridde, le faible succès de l'adhésion aux MS au Bénin peut s'expliquer par deux principaux facteurs que sont la difficulté de payer les primes, et le manque d'information sur les risques couverts et le fonctionnement des mutuelles dans un contexte de pauvreté qui limite l'engagement social des membres les plus démunis (Ridde V. , 2012, pp. 47-67).

Aussi, Valery Ridde montre que l'abolition du paiement direct peut améliorer l'accès aux services de santé d'une part, mais peut aussi comporter des effets pervers d'autre part, car, comme le reconnaît l'OMS, faire payer les soins à l'utilisateur constitue la « méthode la plus inéquitable pour financer les services de santé » (Akazili & Soulyary, 2014). À ce propos, Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, soutient que « le paiement direct a puni le pauvre » (Etiènne & Asamoah-Baah, 2010).

La lecture optimiste vis à vis des mutuelles comme solution à l'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations les plus démunies que nous présentent Alain Letourmy et Valery Ridde n'est pas partagée par James Akazili et Charlotte Soulyary. Pour ces deux spécialistes de la mutualité santé en Afrique, la contribution des MS communautaires basées sur une adhésion volontaire pour favoriser l'accès aux soins n'est pas si nette. Pourtant, jusqu'à présent, les mutuelles apparaissent comment la solution pour améliorer l'accès aux soins de santé des couches pauvres de la population ; Les Mutuelles de Santé contribuent à l'accès aux soins de santé et la protection contre les risques financiers.

D'ailleurs, comme évoqué par (Boidin, 2012), au Sénégal, les MS constituent le point focal dans l'extension de l'assurance maladie et les mutuelles d'épargne et de crédit sont des véritables alliées pour leur développement et efficacité. Toutefois, les études récentes menées en Afrique ont montré l'existence de freins à l'enrôlement et à la fidélisation dans les mutuelles de santé (Seck et al., 2017, p.3).

Au Sénégal, les mutuelles de santé souffrent entre autres, de problèmes relatifs à la faible adhésion des populations, et à un fort taux de déperdition de ses membres qui se justifie par la taille des familles.

Actuellement, dans la ville de Ziguinchor, les mutuelles connaissent beaucoup de difficultés. En effet, ces problèmes (de survie économique, d'extension et d'efficacité) demeurent et persistent toujours. Ils ont une influence négative sur les prestations offertes par les mutuelles de santé. Les facteurs explicatifs de ces difficultés doivent pouvoir être étudiés et expliquer scientifiquement ce qui justifie notre question de recherche qui est la suivante : les difficultés des mutuelles de santé communautaires peuvent-elles influencer sur les prestations offertes aux populations de la commune de Ziguinchor ?

Pour mieux répondre à cette question de départ, nous nous sommes posés les questions suivantes : les mutuelles de santé, en constituant un mode de financement alternatif de la santé, contribuent-elles à l'accès aux soins et services de santé de qualité des populations de la commune de Ziguinchor ? La faiblesse des revenus de la population cible est-elle un facteur qui limite l'impact des actions des mutuelles de santé à Ziguinchor ? Le remboursement tardif des subventions par l'Etat perturbe-t-il le bon fonctionnement des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor ?

L'ensemble de ces questions constitue un fil conducteur pour ce travail de mémoire de master. En effet, s'inspirant, d'une démarche hypothético-déductive, nous allons formuler dans les lignes suivantes des hypothèses de recherche et des objectifs à atteindre pour cette étude.

### **1.3 Hypothèses de recherche**

Pour ce mémoire, nous avons formulé une hypothèse générale et trois hypothèses spécifiques.

#### **1.3.1 Hypothèse principale**

Notre principale hypothèse est la suivante : les prestations et la prise en charge sanitaire des populations dans la commune de Ziguinchor sont fortement influencées par les difficultés économiques et financières des mutuelles de santé.

#### **1.3.2 Hypothèses spécifiques**

Pour mieux vérifier l'hypothèse principale, nous avons formulé trois hypothèses spécifiques.

##### **1.3.2.1 Hypothèse spécifique 1**

Les mutuelles de santé, en constituant un mode de financement alternatif de la santé, contribuent peu à l'accès aux soins et services de santé de qualité des populations de la commune de Ziguinchor.

##### **1.3.2.2 Hypothèse spécifique 2**

La faiblesse des revenus de la population cible est un facteur qui limite l'impact des actions des mutuelles à Ziguinchor.

##### **1.3.2.3 Hypothèse spécifique 3**

Le remboursement tardif des subventions par l'Etat limite le bon fonctionnement des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor.

### **1.4 Objectifs de recherche**

Dans les phrases suivantes, nous annonçons les objectifs de cette étude. Ces objectifs sont de deux ordres : un objectif principal et trois objectifs spécifiques.

#### **1.4.1 Objectif Général**

Globalement, dans cette étude, notre objectif est de montrer comment les difficultés des mutuelles de santé influencent sur les prestations et la prise en charge sanitaire des populations dans la commune de Ziguinchor

## **1.4.2 Objectifs spécifiques**

Pour mieux analyser le rôle des mutuelles de santé dans la commune, nous poursuivons les objectifs spécifiques suivants :

### **1.4.2.1 Objectif spécifique 1**

Dans cet objectif, nous cherchons à évaluer les capacités des mutuelles à assurer l'accès aux soins et services de santé des populations.

### **1.4.2.2 Objectif spécifique 2**

A travers cet objectif, nous voulons étudier le niveau de prise en charge des besoins en santé des populations à travers les mutuelles de santé opérationnelles dans la commune de Ziguinchor.

### **1.4.2.3 Objectif spécifique 3**

Cet objectif vise à comprendre l'appréciation que les adhérents et bénéficiaires ont de leurs mutuelles et sur les changements que celles-ci ont apportés à leurs conditions de vie.

## **1.5 Cadre conceptuel**

Pour bien mener cette recherche, il est nécessaire d'explicitier les concepts clés de notre sujet que sont : santé, prise en charge, protection sociale, mutuelle de santé, assurance, solidarité et indigent.

### **La santé**

La santé est une notion difficile à définir du fait qu'elle couvre des réalités différentes en fonction des sociétés. Comme le disait Cloutier « la notion même de santé demeure une problématique en ce sens qu'elle est en quelque sorte indéfinissable et qu'elle est imbriquée à tous les niveaux du social et de l'intervention humaine. Elle relève du domaine médical, religieux et juridique. Chaque société accorde à l'un de ces niveaux la priorité » (Cloutier, 1994). Toutefois, pour le praticien, la santé pourrait être définie comme l'absence de symptômes qui caractérisent les maladies (Cloutier, 1994). Cette définition est pertinente en sciences de la santé, mais l'aspect psychosomatique de certaines pathologies limite cette assertion (Baral, 1977).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1995) « la santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité un droit fondamental de l'être humain à accéder au niveau de santé le plus élevé possible ». Cette approche de la santé est plus englobante car elle va au-delà des critères biomédicaux en prenant en compte l'aspect du bien être individuel et sociale.

Pour résumer, on peut retenir que la notion de santé est relative et ambiguë car liée à l'imagination et à la représentation sociale. En effet, la santé ne se limite pas à son évidence « organique », « naturelle ». L'expression même de santé (ou de mauvaise santé) n'évoque pas seulement l'état individuel au sens biomédical. Elle inclut aussi l'ensemble de la société du moment que celle-ci en ressent directement ou indirectement les répercussions. C'est pourquoi, Talcott Parsons disait que « la santé apparaît de la manière la plus immédiate comme une des conditions requises du fonctionnement de tout système social » (Parsons, 1999, p.469).

Ainsi, si la santé se place comme étant un enjeu de société, elle est aussi par voie de conséquence, analyseur du social (Rougerie, 2015). De ce point de vue, sa dimension politique est cruciale. Comme l'affirme le spécialiste en santé publique Didier Fassin, la santé doit être appréhendée, non seulement dans son sens de politique de santé mais au sens plus vaste de « politique de la santé », domaine qui incorpore entre autre les inégalités et la protection des malade. (Fassin D. , 2000, p. 344) Ce dernier aspect concernant la prise en charge des malades constitue le fondement sur lequel repose cette étude.

Denis-Clair Lambert retient une définition de la santé qui pour lui, semble être plus modeste. « Une bonne situation sanitaire n'est pas l'absence de maladie ou l'acharnement thérapeutique à un très grand âge et la quête de l'immortalité, mais plutôt la maladie et l'infirmité soignées à temps et traitées par des praticiens compétents ; un individu en bonne santé est celui qui assume ses maladies et infirmités, cherche à les prévenir et les soigner à temps, et qui au terme du cycle des âges accède à la mort naturelle » (Lambert, 2001, pp. 13-72).

Pour nous, cette définition de Lambert reflète au mieux la conception de la santé en rapport avec les mutuelles de santé. Car, la définition prend en compte la notion de prévoyance. Cependant, ces mutuelles de santé permettent, en principe, à ses membres de bénéficier des soins de santé à temps de la part des structures sanitaires avec lesquelles elles ont signé des conventions. Les structures sanitaires dont leurs compétences sanitaires semblent être de qualité pour fournir des soins de santé de qualité, tout en jouant un rôle dans la prévention sanitaire.

## **La prise en charge**

La prise en charge peut être vue comme une sorte de couverture sociale visant à protéger l'individu contre les principaux risques associés à la mauvaise santé (maladie, accident, invalidité) et lui assurer l'accès aux services de santé. Jusqu'aujourd'hui, le dispositif de protection social n'est toujours pas constitué par l'appareil étatique et par des organismes institutionnels de sécurité sociale.

De manière générale, la prise en charge dans le domaine de la santé renvoie à trois aspects : médical, financier et psychosocial. Ces notions sont loin d'être isolées car elles sont complémentaires dans tout le processus de soins. En effet, depuis l'instauration de la tarification des services de santé en Afrique de l'ouest au début des années 1990 suite à l'Initiative de Bamako (1988) entraînant « l'exclusion » de certaines couches de la population aux soins, une prise en charge financière devient essentielle pour l'accès des plus démunis à des services de santé de qualité et au moindre coût.

Au cours de ces dernières décennies, différentes formules communautaires de prise en charge des risques maladies ont vu le jour au Sénégal. Des systèmes d'épargne individuelles de santé en mutuelles (exemple PAMECAS) en passant par les coopératives de santé (exemple les mutuelles des transporteurs ou des artisans), tous ont pour but d'élargir la protection sanitaire des nécessiteux exclus du système étatique de protection sociale. Ces initiatives mutualistes qui se sont développées rapidement ces dernières années offrent entre autre une prise en charge des frais liés à de soins en santé dans les structures de santé de proximité comme les postes de santé et les centres de santé.

## **La protection sociale**

Par protection sociale, on entend « la couverture que la société ou une organisation assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques ou privées » (Step/Bit, 2002). Autrement dit, c'est l'ensemble des dispositifs destinés à protéger les personnes contre les conséquences des principaux risques liés à l'existence.

La protection sociale doit être comprise comme étant un ensemble de dispositifs sociaux publics (politiques, programmes, plans, mesures) élaborés par l'Etat ou les acteurs et destinés à protéger les individus et les groupes contre les risques sociaux tels que la maladie, le décès, l'invalidité, les accidents de travail, la vieillesse, la maternité, la perte ou la réduction de revenus (retraite), le chômage, l'exclusion.

Ces dispositifs comprennent généralement les programmes d'assurance sociale (pensions de retraite, allocations chômage et familiales, indemnités maladie) et d'assistance sociale (transferts en espèces ou en nature, subventions, allocations). Enfin, la protection sociale vise essentiellement à assurer la sécurité du revenu ainsi que l'accès aux soins de santé et des services sociaux indispensables.

Depuis 2005, de nombreux États africains (Sénégal, Côte d'Ivoire, Guinée, Burundi) disposent de stratégie ou politique nationale de protection sociale mais aussi d'un régime de sécurité sociale depuis plus de 50 ans même s'ils ne couvrent que quelques risques. Cependant, ces dispositifs sont très limités pour ce qui concerne les cibles et les prestations alors que les besoins de protection sont très importants.

Il faut dire qu'en Afrique, la protection sociale est un besoin et un défi car, l'Etat dans plusieurs parties de l'Afrique est un Etat de type minimaliste qui se désengage des grands investissements au profit du privé et des partenaires (Diallo M. A., 2020). En conséquence, la plupart des pays n'assurent même pas une politique sanitaire satisfaisante et la couverture sociale est assez faible (Diallo M. A., 2014).

Depuis 2000, sur recommandation des institutions internationales et dans le cadre de la stratégie globale de réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité sociale (ODD 1 ; ODD 1 et 10), plusieurs États africains sont dans une dynamique d'universalisation des systèmes de protection sociale. Par exemple, les gouvernements d'Afrique du sud, du Lesotho et des Seychelles, ont introduit des systèmes de pension universelle (Osei Boateng, 2011) alors que le Gabon et le Rwanda ont mis en place un système de couverture santé universelle. Toutefois, « le chemin vers l'universalité est long et de nombreux défis s'imposent aux acteurs dans leurs stratégies de bâtir un système de protection sociale africain efficace et viable » (Diallo M. A., 2020, p. 302)

Au Sénégal, en plus de l'Etat et des organisations (Bureau International du Travail et Banque Mondiale) qui travaillent sur la protection sociale, plusieurs acteurs peuvent intervenir : la famille, les réseaux locaux de solidarité, les institutions de la société civile, les entreprises, ... Ces acteurs assurent une certaine couverture à leurs membres en prenant en charge une partie ou la totalité des frais de cotisation et de santé. Cependant, on assiste à une variété de formules en Afrique : associations, épargnes individuelle santé, tontines améliorées dans la prise en charge des frais de maladie, coopératives de santé, mutuelles de santé... (Ba, 2004, p. 14)

La protection sociale remonte ainsi dans « l'échelle des priorités du développement après avoir longtemps été considérée comme inefficace, chère et nuisible à la croissance » (Holzmann, Sherburne, & Tesliuc, 2003, p. 501). Selon la Banque Mondiale en 2011, « au moins un tiers des pays africains ont développé une stratégie de protection sociale » (Mondial, 2012, p. 4). En fait, des politiques sociales nationales sont élaborées par les gouvernements (Sénégal, Malawi, Mozambique, Togo, Benin, Burkina), et des réformes sont entreprises dans certains pays (Otoo et Osei Boateng, 2010) pour moderniser la sécurité sociale (Tanzanie, Zambie), offrir un socle de protection sociale (accès aux soins de santé essentiels, sécurité des moyens d'existence de base), améliorer la gestion (Ghana Lesotho, Mozambique, Namibie, Nigéria, Sierra Leone) et les prestations ou étendre la sécurité sociale (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire) à des catégories non prises en charges par les dispositifs actuels (OIT, 2010).

Ces différentes initiatives suivent une dynamique impulsée au niveau panafricain depuis 2000. En effet, il y a l'adoption de plusieurs déclarations et instruments politiques en faveur d'une protection sociale plus inclusive sur tout le continent. Les stratégies retenues pour atteindre la couverture universelle reposent habituellement sur les mêmes schémas pensés par les institutions internationales : moderniser la sécurité sociale, mettre en place un socle de protection sociale, s'appuyer sur des structures communautaires pour une extension progressive (Ginneken, 2005, p. 398), encourager l'apport privé pour le financement. Ces stratégies ont certes permis d'avoir quelques résultats positifs mais elles posent problème puisque les régimes de sécurité sociale dans de nombreux territoires africains peinent à s'étendre et à se moderniser. Pour ce qui est de l'assurance dans le domaine de santé, c'est un système financier dans lequel des souscripteurs en contrepartie d'une cotisation ou prime, obtiennent une garantie de réparation financière ou de prise en charge en cas de maladie. Ainsi, la notion d'assurance implique toujours les notions de garantie (obligation d'indemniser de la part de l'assurance) et de cotisation (versement régulier d'une somme donnée venant des souscripteurs).

L'assurance permet à plusieurs personnes de partager les risques. Ainsi, on se rend compte que l'assurance est de rigueur au sein des mutuelles dans la mesure où moyennant le versement d'une cotisation, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une indemnité lorsque survient le risque. Cependant, les progrès en direction d'une couverture maladie universelle n'ont malheureusement pas été aussi spectaculaires.

Le manque de ressources, une croissance économique modeste, les limitations du secteur public et les faibles capacités institutionnelles expliquent que la conception de systèmes de financement adaptés aux besoins de santé est aujourd'hui âprement débattue et reste un casse-tête dans les pays en développement à faible revenu (OMS, 2000)

### **La mutuelle de Santé**

Selon le dictionnaire universel, en 1993 la mutualité est une sorte de solidarité sociale fondée sur l'entraide mutuelle des membres cotisants groupés au sein d'une même société à but non lucratif. Quant à la mutuelle de santé, (Ba, 2004) la définit comme un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement. Cette approche recouvre celle qui la perçoit comme une association de personnes, à adhésion facultative, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre les membres. Au moyen de cotisation et sur la base de leurs décisions, elle mène des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de la prise en charge des risques de maladie (Anmc-Wsm-Bit/Acopam, 1996). Pour Letourmy, « les notions de solidarité et de prévoyance sont indissociables de la mutualité, au-delà même de son application à la santé » (Letourmy, 2000, pp. 230-249)

De toutes les définitions, celle de Ndione et Konté semble être la plus appropriée. Dans son ouvrage, la mutuelle de santé est définie comme étant :

« un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment : d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ; d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ; de faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ; de stimuler l'amélioration de la qualité des soins ; de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ; de promouvoir et de développer leurs propres services de santé ». Les principes mutualistes sont la solidarité ; la liberté ; la démocratie et l'indépendance » (Ndione & Konté, 2013, p. 565).

Les mutuelles de santé permettent donc aux populations d'accéder à des soins de santé supposés être de qualité dont il leur est difficile d'en bénéficier individuellement. Ainsi, elles permettent aussi de consolider les mécanismes de solidarité via une plus grande concertation pour des

inquiétudes communes ; tout en contribuant à la promotion des mesures préventives par l'éducation et la sensibilisation des populations.

De même, selon (Ndione & Konté, 2013, p. 565) la mutuelle de santé repose sur quatre grands principes : la solidarité, la liberté, l'indépendance et la démocratie (ou participation).

- L'assurance repose avant tout sur l'idée de prévoyance. Celle-ci consiste pour une personne à réserver une partie de ses ressources pour faire face à des événements incertains qui pourraient se produire dans le futur. L'assurance possède un aspect institutionnel. C'est en quelque sorte un contrat passé entre une personne et une société (compagnie d'assurance) qui la garantit contre des risques éventuels. Pour ce qui est de l'assurance dans le domaine de santé, c'est un système financier dans lequel des souscripteurs en contrepartie d'une cotisation ou prime, obtiennent une garantie de réparation financière ou de prise en charge en cas de maladie. Ainsi, la notion d'assurance implique toujours les notions de garantie (obligation d'indemniser de la part de l'assurance) et de cotisation (versement régulier d'une somme donnée venant des souscripteurs). L'assurance permet à plusieurs personnes de partager les risques. Ainsi l'assurance est de rigueur au cœur de mutuelles de santé car le versement d'une cotisation, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une indemnité lorsque survient le risque.
- Dans une mutuelle, le fonctionnement démocratique implique que les membres ont les mêmes droits et les mêmes obligations. Ils ont en outre le droit de participer directement ou indirectement aux différentes instances de prise de décision. Cette démocratie participative se perçoit à travers des organes qui garantissent l'implication des membres à la prise de décision et leur possibilité de contrôler le fonctionnement de la mutuelle. Par conséquent, le fonctionnement d'une mutuelle ne sera réellement démocratique que si les membres prennent leur responsabilité dans les différentes instances.
- S'agissant du concept de solidarité, il ne peut être définie comme un esprit d'association, d'entraide mutuelle, bref, cette « conscience collective qui se manifeste au niveau des groupes partageant des valeurs ou des buts communs. Pour ce qui est de la mutuelle, les implications de ce principe de solidarité sont doubles : d'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque de tomber malade. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie. La mutuelle instaure ainsi de multiples solidarités entre les malades et les biens portants, entre jeunes et vieux et entre les différentes catégories sociales de ses adhérents.

En outre, il existe deux types de mutuelle : les mutuelles au 1<sup>er</sup> franc ou communautaires et les mutuelles complémentaires. Ce qui pousse Ndione et Konté aussi à dire que « la mutualité est un système de solidarité comprenant l'ensemble des mutuelles sociales et leurs structures faitières et assis sur les principes de solidarité, d'entraide et de prévoyance ». (Ndione & Konte, 2013).

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

Par ailleurs, la liste des services offerts par la mutuelle de santé est établie en fonction de trois facteurs essentiels : les besoins de santé de la population cible, l'offre existante en matière de santé, la capacité de contribution financière des adhérents.

### **La solidarité**

La solidarité peut être définie comme un lien moral qui unit les individus d'un même groupe et qui forme le ciment de la cohésion sociale. Cependant, selon Emile Durkheim, pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres (Durkheim, 1893). C'est en examinant les changements dans la forme de ce lien que Durkheim entend expliquer l'évolution des sociétés humaines. Une solidarité qui se manifeste au niveau des groupes partageant des valeurs ou des buts communs. Durkheim distingue deux types de solidarité : la solidarité mécanique et la solidarité organique. Le premier type de solidarité est typique des sociétés traditionnelles où la vie en communauté est très forte et la conscience collective assez développée. Par contre, le second type est caractéristique des sociétés urbaines contemporaines où l'individualisme et l'égoïsme entravent les solidarités interpersonnelles ou intergroupes.

Pour ce qui est de la mutuelle, les implications de ce principe de solidarité sont doubles : d'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque de tomber malade. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie. La mutuelle instaure ainsi de multiples solidarités entre les malades et les bien portants, entre les jeunes et les vieux et entre les différentes catégories de ses adhérents. La solidarité occupe une place de choix lorsqu'il s'agit de mutualité dans le domaine de la santé. Selon (Jusot, Tubeuf, Devaux, & Sermet, 2017, pp. 175-195), la solidarité dans le domaine de l'assurance maladie survient par le mécanisme de transfert entre individus de classes de revenus différents. Elle dépend ainsi des structures de consommations de soins et de cotisation à l'assurance maladie par niveau de vie.

En effet, la première solidarité recherchée par le système d'assurance maladie, qu'il soit public ou privé, est une solidarité financière entre les malades et les bien portants. Elle se double par la suite d'une autre solidarité entre les hauts revenus et les revenus les plus modestes. L'idée que sous-tend cette solidarité est, selon toujours Jusot et al. (2017), de s'assurer que les plus modestes puissent obtenir un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualiste du risque maladie ou dans un système d'assurance privée fonctionnant selon une logique de tarification au risque. Les auteurs ont aussi montré que la quasi-totalité de la solidarité entre les hauts et les bas revenus est l'œuvre de l'assurance obligatoire et l'assurance maladie complémentaire à une contribution très faible à la solidarité entre classes de revenus.

La solidarité est l'une des valeurs de base des sociétés africaines et s'expriment souvent à travers une aide sans réciprocité envers les plus démunies. La solidarité dans les sociétés sénégalaises se matérialise sous les formes : domestiques ou familiales, résidentielles, professionnelles, communautaires. A Dakar, la solidarité reste encore un fait social d'une grande importance. Les individus s'entraident en cas de besoins, dans les moments de difficultés et dans les stratégies de survie et d'insertion (Fall, 2008)

Par ailleurs, pour les formes de solidarité dans les organisations communautaires, ces dernières considérées, comme des espaces d'échange et de partage, sont progressivement devenues des lieux d'interdépendance, d'aide et d'entraide (Niang, 2000 ; Kane, 2010). En milieu rural en particulier dans la région de Ziguinchor, « elles se présentent en stratégie de survie pour les femmes qui en sont les principales actrices. Les cotisations/épargnes leur permettent de supporter les frais de scolarité de leurs enfants, de financer des activités économiques et de subvenir aux besoins de tous les jours à Adéane et à Coubanao » (Fall K. , 2019). A travers les premières données recueillies, il est apparu que le don de soi, les dons et cadeaux lors des cérémonies coutumières (mariage, baptême et funérailles) sont une norme sociale obligatoire (Mauss, 2012, p. 392) qui conditionne les relations sociales, l'interdépendance et la solidarité entre ces femmes.

## **1.6 L'intérêt de l'étude**

Le choix de travailler sur la prise en charge sanitaire des populations dans la commune de Ziguinchor à travers les mutuelles communautaires se justifie par les multiples intérêts que cela suscite tant au niveau des populations et des autorités sénégalaises qu'au niveau de la recherche scientifique.

D'un côté, l'intérêt de travailler sur ce sujet relève de notre volonté d'apporter une contribution à l'étude d'une des formes d'accès au système de santé importées sur recommandation des institutions internationales en vue d'éradiquer les problèmes de santé auxquels les populations sont confrontées. Comprendre les difficultés que les MS influencent sur les prestations de la prise en charge des populations revient donc, pour nous à participer à l'amélioration de ces systèmes qui peuvent constituer un véritable créneau pouvant faire de « *la santé pour tous* » une réalité.

D'un autre côté, les mutuelles de santé constitue un terrain d'étude privilégié. Cela se voit à travers l'intérêt que portent les sciences sociales à ces « innovations sociales » pour tenter de les appréhender davantage dans leurs différents aspects. À vrai dire, l'engouement social que suscite la mutualité santé un peu partout ne peut passer inaperçu pour les chercheurs intéressés par la problématique de la santé de manière générale, de son financement et de l'accès aux soins (paiement direct ou assurance).

Par ailleurs, dans un contexte de pauvreté et de difficultés d'accès aux soins, de nombreux sénégalais et plus particulièrement les exclus du système de protection sociale, des promoteurs et des administrateurs des mutuelles de santé, des prestataires de soins, etc, expriment de plus en plus le besoin de créer un environnement favorable à l'épanouissement de leur santé à travers les mutuelles de santé. Or, les difficultés des mutuelles aussi bien sur le renouvellement des adhésions que sur l'extension, compromettent les relations entre prestataires de soins et mutualistes et risquent d'influer négativement sur les prestations offertes par les MS. En effet, avec la participation de toute la société sénégalaise à travers le développement de nouvelles stratégies de systèmes d'assurance volontaire axés sur la mise en commun des risques de maladies ne peut manquer d'attirer l'attention des penseurs en sciences sociales et de ceux qui s'intéressent à la promotion de la santé en particulier.

## 1.7 Modèle théorique d'analyse

En sciences sociales, la santé constitue un carrefour où sociologues, anthropologues, économistes, géographes, juristes... se mobilisent pour produire de nouvelles connaissances théoriques et empiriques. Cela est d'autant plus nécessaire puisque la santé comporte beaucoup d'implications et touche presque tous les aspects de la réalité sociale.

Pour une meilleure compréhension et explication des réalités sociales, particulièrement celles relatives aux mutuelles de santé et à la santé de manière générale, des chercheurs ont élaboré des théories et analyses plus ou moins adaptées à l'objet et au contexte d'étude.

L'approche théorique dans laquelle nous entendons inscrire notre étude s'inspire de la sociologie de l'action ou de l'acteur. La notion d'action qui désigne, selon (Rocher, 2008), « l'activité du sujet individuel ou collectif », est analysée sous différents angles par les sociologues.

Michel Crozier et Erhard Friedberg parlent d'acteur social dans le contexte des modes d'actions collectives. Ce sont des problèmes posés par la coopération des acteurs dans le cadre de l'action organisée qui sont étudiés dans leur ouvrage intitulé *L'acteur et le système* publié en 1977. Dans ce livre, les deux auteurs déclarent : « nos modes d'action collective (...) ne constituent rien d'autre que des solutions toujours spécifiques, que des acteurs relativement autonomes, avec leurs ressources et capacité particulières, ont créées, inventées, instituées pour résoudre les problèmes posés par l'action collectives et notamment, le plus fondamental de ceux-ci, celui de leur coopération en vue de l'accomplissement d'objectifs communs, malgré leurs orientations divergentes » (Crozier & Friedberg, 1977)

Touraine, en se rapprochant de la conception de Crozier, dénonce l'opposition souvent faite entre l'objectif et le subjectif, entre la structure et l'action et appelle à substituer une sociologie de la société par une « sociologie des acteurs ». En effet, cette analyse de l'action développée par Touraine, va contribuer grandement à nous guider dans notre recherche. Celle-ci se focalise sur deux volets : décrire l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle et d'autre part, comprendre son impact sur les prestations et l'accessibilité de ses membres aux soins de santé, ce que l'on entend ici par l'action.

Cette sociologie de l'action telle que présentée par Touraine est loin de celle de Karl Marx qui conçoit l'action (travail), comme étant le seul à pouvoir entraîner des changements historiques. Par ailleurs, elle complète celle de Weber qui donne le primat à la saisie des significations telles que perçues par l'acteur. En effet comme le souligne Pierre Ansart, ce sera l'objet d'une « sociologie actionnaliste » que d'étudier les relations entre les sujets individuels et collectifs et le système dans son ensemble. Cette théorie fait des individus « des acteurs participant à des degrés divers au changement social, affrontant des obstacles, visant des objectifs plus ou moins conscients de leurs possibilités et de leur propre position sociale » (Ansart, 1999, p. 7).

Ainsi, la question de l'action collective est une affaire d'acteurs. Ce sont les acteurs qui, en fonction des buts poursuivis, entreprennent de créer des systèmes d'interaction qui répondent à leur besoin de coopérer. Ces systèmes constituent des modes d'organisation. Ils représentent des construits sociaux. Ils sont élaborés en vue d'assurer l'intégration des comportements d'acteurs sociaux poursuivant des objectifs souvent divergents et même contradictoires.

## **CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE**

Dans ce chapitre, nous allons exposer les choix méthodologiques privilégiés pour cette étude. Il s'agit ici : du cadre général de l'étude, de la méthode et technique d'enquête, de l'histoire de la collecte des données, de la technique d'analyse, des difficultés rencontrées et des limites de l'étude.

### **2.1 Le cadre général de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans un cadre général de protection sociale et plus spécifiquement de la mutualité santé. Elle se déroule dans la commune de Ziguinchor et plus particulièrement au niveau des mutuelles de santé, des structures qui accompagnent les mutuelles et les structures de santé.

#### **2.1.1 Cadre institutionnelle**

En matière de santé, la mutualité s'inscrit dans un cadre global de protection sociale. En effet depuis les années 1970, le gouvernement du Sénégal a mis en place les structures de prévoyance sociale suivantes : la caisse de sécurité sociale (CSS), les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour les travailleurs du privé, le régime pour les fonctionnaires (par imputation budgétaire) et l'assurance santé complémentaire ou volontaire pour ceux qui ont déjà une couverture santé.

Par ailleurs, depuis 2013, le Sénégal a mis en place d'autres programmes nationaux de protection sociale dont la fonction est d'accompagner les groupes vulnérables. Parmi ces programmes, il y a la carte d'égalité des chances (CEC), la mise en place d'un fond d'appui aux personnes en situation de handicap, la consolidation et le renforcement des acquis du Programme de Réinsertion à Base communautaire (RBC) et la bourse de sécurité familiale, la couverture maladie universelle (CMU) et les mutuelles communautaires de santé.

Toutes ces initiatives sont sous coordonnées par la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale dont les missions sont : L'impulsion et la mise en œuvre des politiques publiques en matière de protection sociale et de solidarité nationale ; La mise en place d'un dispositif efficace d'intervention de l'Etat en matière de protection sociale et de solidarité nationale ; La coordination de toutes les politiques publiques de protection sociales contribuant à la réduction de la pauvreté et des inégalités.

Dans la stratégie nationale en matière de prévoyance santé, les mutuelles de santé communautaire sont les structures de base du déploiement de la couverture maladie universelle. Les mutuelles de santé communautaires sont censées faciliter l'accès aux structures et services de santé de qualité à moindre coût. Mais, depuis le début des années 1990, la mutualité santé peine à se développer et à prendre et à assurer la santé des populations dans les milieux urbain ou rural.

### **2.1.2 Cadre physique d'étude : présentation de la commune de Ziguinchor**

La commune de Ziguinchor, capitale de la région du même nom, se trouve sur la rive gauche du fleuve Casamance à 65 km de son embouchure sur l'Océan Atlantique et à 15 km de la frontière avec la Guinée Bissau. Ses coordonnées géographiques sont : Longitude : 16° 16' ouest et Latitude : 12° 36' nord.

La commune est limitée par la commune de Niamone au nord et la commune de Niaguis au Sud, à l'Est et à l'Ouest. En outre, avec une superficie estimée à 4533 hectares, la commune de Ziguinchor s'est développée sur un site fluvial composé de dépressions saisonnières inondées et de bas plateaux. L'extension de la ville le long du fleuve Casamance est bloquée par deux espaces naturels que sont les marigots de Boutoute et de Djibélor.

L'une des caractéristiques marquantes de Ziguinchor est le brassage socio culturel des populations (Diola, Mandingue, Peul, Sérère, Wolof, Balante, Mandjack, Mancagne) qui y vivent avec notamment cette faculté d'adopter la langue d'autrui tout en restant enraciné dans sa propre culture. Cette pratique fait de Ziguinchor, une terre d'accueil où se côtoient plusieurs cultures et diverses religions (musulmane, catholique, animiste).

Sur le plan historique, l'activité commerciale pendant la période coloniale a fait de Ziguinchor un pôle important qui a permis son expansion démographique depuis 1960. En effet, en 1886, Ziguinchor intègre la colonie française et s'impose, à partir de 1904 comme Chef-lieu de l'administration coloniale en Casamance au détriment de Sédhiou. Le 18 janvier 1907, Ziguinchor devient une commune mixte (commune municipale et commune bourgeoise)<sup>4</sup> et c'est en 1990 que la ville de Ziguinchor redevient Commune de plein exercice.

---

<sup>4</sup> Une commune mixte est une « forme d'organisation communale prévue par la loi bernoise sur l'organisation communale du 06 décembre 1852

Par la suite, la loi 96 06 du 22 Mars 1996 et ses décrets d'application<sup>5</sup> sont venus renforcer la gestion de proximité par un transfert de 9 domaines compétences de l'Etat au conseil municipal<sup>6</sup>.

Sur le plan démographique, contrairement à la configuration nationale, les hommes représentent 50,8 % et les femmes 49,2% (ANSD, 2018). Cette population connaît une augmentation croissante depuis plusieurs décennies. Par exemple, en une année, la Commune de Ziguinchor est passée de 225 024 habitants en 2016 à 232 237 habitants en 2017. Soit une augmentation globale de 7 193 habitants durant la période. De même, les projections de 2018 estiment l'effectif de la population à 239 726 habitants, soit une variation de 7 509 habitants, (ANSD, 2018).

Sur le plan sanitaire, la commune de Ziguinchor dispose de quelques infrastructures répertoriées comme suit :

- 02 hôpitaux (centre hospitalier régional, l'hôpital de la Paix)
- 01 centre de Santé (hôpital silence)
- 1 centre de soins à la Garnison militaire
- 37 Postes de Santé
- 07 cases de Santé
- 02 cliniques :
- 1 Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
- 01 unité de dialyse
- 01 Service Régional de l'Action Sociale
- 01 RS/CMU
- 01 Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA) ;
- 01 Brigade d'Hygiène ;
- 01 centre psychiatrique ;
- 01 Centre Infection Sexuellement Transmissible (IST),
- 01 Bureau Régional de l'Education et de l'Information pour la Santé (BEIPS).
- 04 cabinets médicaux privés

---

<sup>5</sup>En 1960, le statut de commune de plein exercice est élargi à toutes les communes; - en 1966, le Code de l'Administration communale est promulgué par la loi n° 66-64 du 30 juin 1966, réunissant en un texte de référence unique, les différentes lois qui régissaient l'institution communale; - en 1972, la loi n° 72-25 du 25 avril 1972 crée les communautés rurales; - en 1990 enfin, la loi n° 90-35 du 8 octobre 1990 modifie à nouveau le Code de l'Administration communale et verse les communes à statut spécial dans le droit commun, la loi n° 90-37 du 8 octobre 1990 retire la gestion des communautés rurales aux sous-préfets et la remet entre les mains des présidents de conseils ruraux (<https://www.sec.gov.sn>)

<sup>6</sup> 1- Domaine ; 2- Environnement et gestion des ressources naturelles ; 3- Santé, population et action sociale ; 4- Jeunesse, sports et loisirs ; 5- Culture ; 6- Education ; 7- Planification ; 8- Aménagement du territoire ; 9- Urbanisme et habita [https://senegalservices.sn/storage/texte\\_references/loi-transfert-region.pdf](https://senegalservices.sn/storage/texte_references/loi-transfert-region.pdf)

En revanche, si la Commune est plus ou moins dotée sur le plan sanitaire, le diagnostic a fait ressortir des besoins en infrastructures supplémentaires et des difficultés dont la prise en charge pourrait améliorer l'accès à des services de qualité. En effet, dans le Plan National de Développement Sanitaire et Social (MSAS, 2020, p. 59), l'analyse des indicateurs montre par ailleurs, une répartition inégale des infrastructures sanitaires et de la qualité des plateaux techniques sur le territoire national. Dans la mise en œuvre des activités des services et des programmes, il y a une insuffisance dans la disponibilité de paquet de service aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. D'un autre côté, le système de maintenance des équipements et du matériel s'avère peu performant, entraînant des pannes fréquentes des appareils, compromettant ainsi la continuité des services.

Par ailleurs, la nécessité de résorber ces déficits en infrastructure a été prise en compte dans divers plans stratégiques comme dans la phase 2 du Millenium Challenge Account (MCA), et dans le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes frontaliers (PUMA).

Sur le plan des ressources humaines, le recrutement accru de personnels techniques a permis de relever les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers, dans les structures sanitaires.

S'agissant des difficultés observées le secteur de la santé, nous pouvons essentiellement citer :

- *La vétusté des bâtiments* : certaines infrastructures sanitaires sont dans un état de délabrement avancé. C'est le cas notamment du poste de santé de Kandé Sibinck et de la case de santé de Diabir.
- *Le manque d'équipements* : les structures de santé manquent essentiellement d'équipements médicaux. On note le manque de matériel d'échographie, d'ambulances et le sous équipement des laboratoires d'analyse particulièrement aux poste de santé Coboda, de Soucoupapaye et de l'hôpital régional malgré l'investissement (lits, appareils de réanimation) public effectué en 2020 dans la cadre de la riposte contre la COVID 19.
- *L'insuffisance du personnel spécialisé* : ce problème est soulevé dans nos entretiens avec les agents dans la plupart des structures sanitaires. Par exemple, dans les hôpitaux (Régional et de la Paix), on note un déficit de spécialiste en réanimation, en neurochirurgie et en anesthésie pédiatrique.

- *L'insuffisance des médicaments* : le stock de médicaments dans les pharmacies des postes de santé, des hôpitaux et des centres de santé est souvent en rupture, impactant négativement sur la prise en charge de qualité des besoins en soins de santé. Les patients doivent acheter une grande partie de leurs médicaments dans les pharmacies privées.
- *L'insécurité et l'inaccessibilité géographique* notée dans des postes de santé du fait, par endroit, on note un manque d'éclairage et de mur de clôture : celui de Diabir au moment de notre enquête. Aussi, il y a une (accessibilité relativement difficile à certaines structures de santé due à l'état dégradé des routes surtout en hivernage (PDCZ, 2018).
- *Difficulté dans la prise en charges de certains frais de fonctionnement* (factures d'eau et d'électricité, salaires du personnel...) par les comités de santé.

### **2.1.3 Délimitation et localisation géographique du cadre spécifique de l'étude**

Notre terrain d'étude couvre la commune de Ziguinchor. Ce choix s'explique en termes de proximité et d'accessibilité car nous habitons dans cette commune. En effet nous la connaissons mieux qu'une autre, et nous pouvons en tirer avantage des relations que nous avons tissé pour faire avancer notre enquête.

Les lieux d'enquêtes concernent les établissements sanitaires et les structures mutualistes.

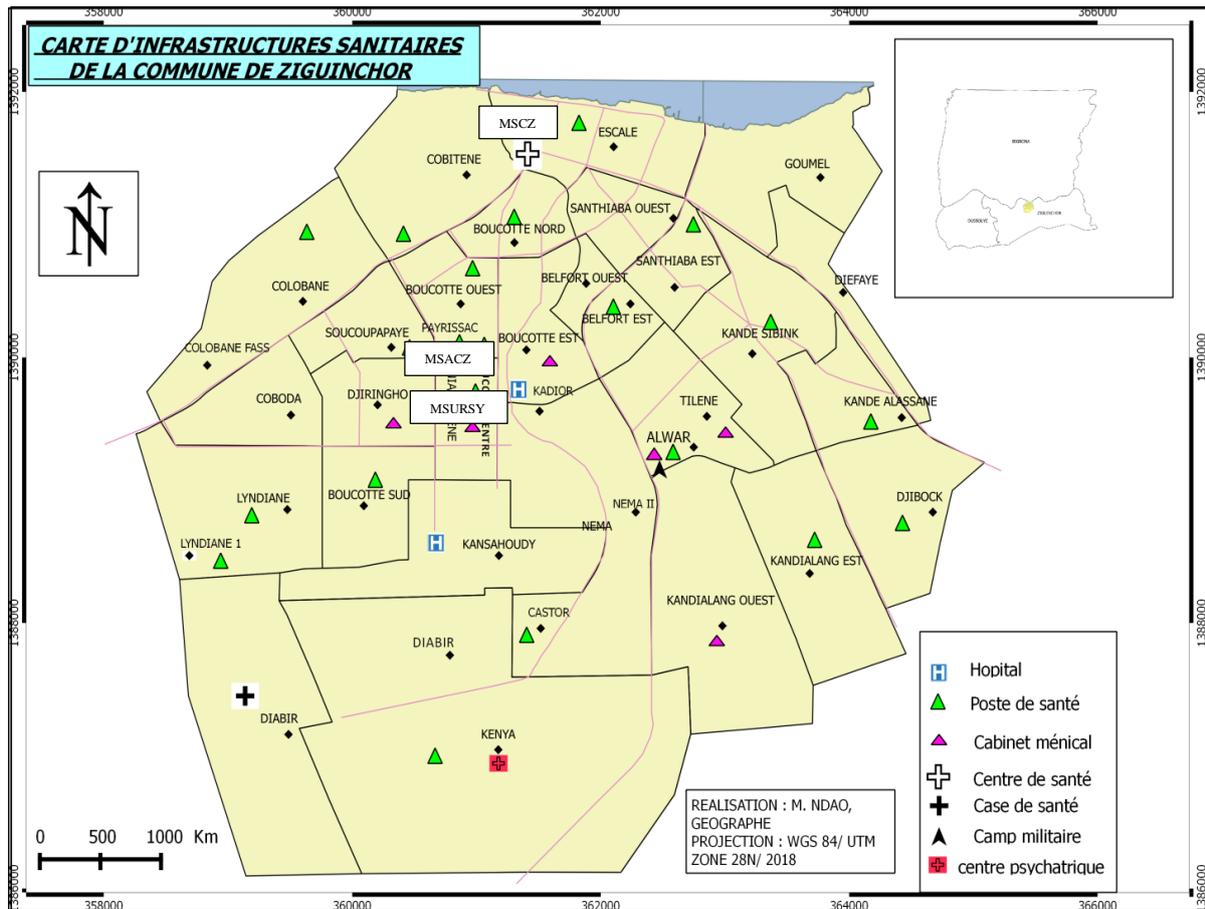
S'agissant des établissements de santé, nous avons réalisé des enquêtes au niveau des lieux suivants : l'hôpital régional, l'hôpital de la paix, le District sanitaire Silence, les postes de santé (11 postes<sup>7</sup>), la Garnison militaire et les officines privées conventionnés. Ces structures sont très fréquentées par la population de la commune de Ziguinchor.

Par rapport au choix des mutuelles de santé à savoir celle de la commune de Ziguinchor, celle de l'Union Régionale Santa Yalla, et enfin celle des acteurs culturels de la région de Ziguinchor. Il est important de mentionner que lorsque nous avons débuté notre étude, seules ces trois mutuelles étaient réellement fonctionnelles et sont enrôlées dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

---

<sup>7</sup> Il s'agit des postes de santé se trouvant dans les quartiers suivants: Kandialang, Djibock, Lyndiane, Boucotte, Castor, Tilène, Belfort, Goumel, Kandé, Grand-Dakar

Figure 1 : carte des infrastructures sanitaires de la commune de Ziguinchor



Source : Plan De Developpement Communal (PDC) de Ziguinchor

De façon globale, dans cette carte, nous pouvons observer que les postes de santé se trouvent dans tous les quartiers de Ziguinchor, mais plus particulièrement au nord de la commune, entre le grand Boucotte et Escale. Par ailleurs, les mutuelles se situent globalement dans cette même zone et sont proches des hôpitaux. Ainsi, cette carte montre que c'est dans des lieux stratégiques que sont implantées les mutuelles. Ce qui permet de réduire les distances entre les mutuelles, les structures de santé et les résidences des bénéficiaires.

## 2.2 Méthodes et techniques d'enquête

Pour ce travail, nous avons choisi les deux méthodes à savoir la méthode qualitative et celle quantitative. Cette approche semble être la plus indiquée conformément à la thématique choisie, aux hypothèses et aux objectifs de recherche car elle nous permet de voir de façon plus claire la manière dont les mutuelles de santé prennent en charge la santé des populations dans la commune de Ziguinchor.

Pour mieux présenter la méthodologie utilisée pour ce mémoire, nous allons nous intéresser au ciblage et à la technique du choix de l'échantillonnage.

#### **2.2.1.1 Le ciblage**

La population cible de notre recherche sont les bénéficiaires classiques (adhérents et personnes prises en charge) et les indigents à savoir ceux pris en charge à 100 % par les mutuelles de santé se trouvant dans la commune de Ziguinchor. Toutefois, nous avons interrogé plus d'adhérents des mutuelles que des personnes prises en charge et les indigents. Ce choix se justifie dans la mesure où les adhérents supportent à la fois le coût du carnet et celui de la cotisation annuelle ou semestrielle, alors que les personnes prises en charge supportent uniquement le coût de la cotisation et les indigents ne supportent aucun frais. En outre, il est pris en compte au cours de nos enquêtes, des administrateurs des mutuelles, des prestataires de soins et de tous les spécialistes qui interviennent dans le secteur de la mutualité.

A partir de l'information fournie par ces populations, il est possible d'une part, d'analyser les caractéristiques socio-économiques de ces populations et d'autre part, d'estimer leur niveau de prise en charge de la santé à travers les MS. En effet, l'information recueillie auprès de cette population permet de vérifier et de valider l'influence ou l'impact de la mutualité dans la prise en charge sanitaire des indigents et bénéficiaires classiques.

#### **2.2.1.2 Techniques du choix de l'échantillon**

Dans cette sous-partie, nous allons expliquer la méthode et les techniques d'échantillonnage utilisées pour choisir les enquêtés. En effet, dans le cadre de cette recherche, nous avons opté principalement pour la méthode d'échantillonnage probabiliste et la technique aléatoire stratifiée. La principale caractéristique de cette méthode réside dans le fait que chaque élément de la population cible a une chance égale aux autres éléments de faire partie de l'échantillon. La technique aléatoire stratifiée suggère de procéder à un échantillonnage par le moyen de calculs à partir d'une base de sondage.

Concrètement, pour ce travail, nous avons reçu des mutuelles de Ziguinchor, une liste de bénéficiaires (base de sondage). A partir de cette liste, nous avons réparti la population cible en sous-groupes homogènes appelés « strates » qui correspondent aux trois mutuelles de santé (MSCZ, MSURSY, et MSACZ). Puis, nous avons tiré de façon aléatoire, des échantillons respectifs de 73, 75 et 2 bénéficiaires jusqu'à l'obtention du nombre souhaité de ménages à enquêter qui égale à 150.

La taille de l'échantillon ainsi obtenu n'obéit pas à des calculs mais correspond à un choix d'avoir le maximum d'individus à enquêter dans les délais et selon leur disponibilité.

Toutefois l'échantillonnage a tenu compte des quartiers polarisés par les trois mutuelles de santé. Pour les adhérents et bénéficiaires à jour de leur cotisation, nous les avons rencontrés au niveau du centre de santé de la Commune et aussi au niveau de la mutuelle de santé de l'Union Régionale Santa Yalla pour l'enquête par questionnaire. Cependant, pour ceux qui ne sont pas à jour concernant les cotisations nous les avons rencontrés individuellement à leur domicile.

## **2.2.2 Méthodes et techniques de recherche**

Pour ce travail, nous avons opté comme principal technique d'investigation la recherche documentaire et les enquêtes empiriques (qualitative et quantitative)

Dans cette partie, nous présentons la recherche documentaire et les méthodes et technique de collecte des données empiriques.

### **2.2.2.1 Recherche documentaire**

La recherche documentaire a été effectuée dans divers lieux et notamment dans les centres de documentation et/ou bibliothèques universitaires de Ziguinchor (l'Université Assane Seck) et de Dakar (Université Cheikh Anta Diop), à l'Agence Nationale de Statistique et de Démographie, à l'Agence régionale de la CMU de Ziguinchor, à Enda santé, à la CICODEV à la Direction départementale de l'action sociale, à la Mairie de Ziguinchor et sur l'internet.

La revue documentaire nous a permis de consulter des supports écrits tels que : des ouvrages produits par les auteurs classiques de la sociologie et les spécialistes de la santé publique, des articles, des mémoires, des publications officielles, des revues spécialisées, des journaux et magazines liés à notre thème de recherche. Avec ces documents, nous avons pu extraire des informations pertinentes sur les mutuelles de santé, le contexte et le cadre de l'étude mais aussi la situation socio-économique des ménages indigents au Sénégal en général et à Ziguinchor en particulier afin d'avoir un éclairage théorique nécessaire à notre analyse.

De plus, pour bien mener notre étude, nous avons recueilli des données secondaires. Il s'agit des statistiques des organismes des mutuelles et des documents d'archives. Toutefois, nous sommes avertis que très souvent, les données secondaires posent problème puisque parfois les documents ne sont pas recueillis par le chercheur lui-même selon ses propres critères et outils.

Ainsi, le chercheur doit normalement se saisir de l'information afin de la présenter sous une forme requise pour la vérification des hypothèses sans altérer les caractères de fiabilité et de scientificité.

### **2.2.2.2 La collecte des données empiriques**

Après la recherche documentaire, nous avons effectué des enquêtes de terrain (par entretien et par questionnaire) afin de recueillir les données empiriques auprès de la population cible et des acteurs institutionnels. Ces enquêtes ont été effectuées par le moyen d'un questionnaire et de guides d'entretien et a permis d'avoir des riches informations.

#### **2.2.2.2.1 L'enquête par entretien**

L'entretien est une technique de collecte de données par voie orale qui nécessite une situation de face à face entre l'enquêteur et son interlocuteur. Il nécessite un contact direct entre le chercheur et son interlocuteur. L'entretien et plus spécifiquement l'entretien individuel convient, comme le soulignent Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt à l'analyse du fonctionnement d'une organisation, ainsi qu'à l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés (Quivy & Campenhoudt, 1995). En outre, l'entretien individuel vise à faire ressortir les motivations d'une personne ou ses points de vue sur un événement, une situation ou une réalité.

Pour cette recherche, nous avons effectué uniquement des entretiens individuels. Ces entretiens se sont déroulés entre le 17 janvier et le 10 juin 2021. Ils ont été effectués avec les administrateurs et gérants de MS, les prestataires de soins, les partenaires techniques et promoteurs. Au total nous avons fait 38 entretiens individuels d'une durée moyenne de 45 minutes environ.

Pour plus d'efficacité, nous avons opté pour des entretiens semi directifs qui conviennent particulièrement dans une situation de vérification et d'approfondissement. Cette dernière, à en croire Eric Savarese « peut déboucher sur l'extraction des principales catégories de pensées de l'enquêté, voire sur les éléments clefs de sa biographie ou sur l'élaboration de récits de vie des mutuelles plus ou moins exhaustifs » (Savarese, 2006, p. 12). Á cet effet, nous avons élaboré cinq guides d'entretien assez structurés qui comportent des thématiques et des sous thématiques (voir annexe n° 2) conformément aux besoins de l'étude et à la diversité des acteurs.

Pour les données qualitatives collectées par le moyen des entretiens, l'appropriation s'est déroulée en quatre étapes :

- 1) La transcription intégrale des discours pour découvrir l'information et mieux la conserver. La transcription permet aussi de repérer des extraits qu'on pourrait utiliser à titre illustratif ;
- 2) La compilation des données qui consiste à mettre en exergue parmi les informations recueillies, celles qui sont les plus significatives ;
- 3) L'organisation des données qui permet de les rendre immédiatement accessibles afin de tirer les meilleures informations. Les thèmes, les idées apparues régulièrement ont été par la suite regroupées en catégories ;
- 4) L'élaboration des conclusions : les relations entre variables furent établies et la signification sociologique de l'information est établie.

#### **2.2.2.2 Enquête par questionnaire**

Dans une recherche sociologique, le besoin du questionnaire se justifie souvent par le fait que le guide d'entretien à lui seul ne permet pas un recueil aussi complet de l'information sur l'objet d'étude. Il est alors nécessaire d'utiliser d'autres outils d'enquête quantitative dans un souci de triangulation de l'information.

Notre enquête par questionnaire s'est déroulée de mai à septembre 2021 auprès des bénéficiaires des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor.

L'enquête a été réalisée à partir des questions structurées et administrées à une partie déterminée de la population par le biais de rencontres personnelles. En effet, pour ce faire, nous avons fait recours au questionnaire. Ce dernier a été adressé aux bénéficiaires des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor qui constituent notre population mère.

Notre questionnaire (voir annexe n°1) comporte cinq thématiques générales que sont :

- A. L'identification du bénéficiaire
- B. Besoins et recherche de soins
- C. Connaissance et implication dans la vie de la mutuelle de santé
- D. Cotisation des membres
- E. Santé, solidarité et sécurité

La technique utilisée pour la récolte des données et la technique de face à face. Cette technique à l'avantage de permettre une interaction avec l'enquêté mais aussi elle permet de rassurer et de relancer l'individu sur des questions non claires ou des questions sensibles.

Au final, nous avons pu administrer 150 questionnaires à des membres ou bénéficiaires des prestations des mutuelles à Ziguinchor.

### **2.3 L’histoire de la collecte des données**

Dans la phase de pré enquête, nous avons profité de notre présence pour prendre des rendez-vous avec les gérants ou administrateurs de mutuelles, les promoteurs ou les partenaires techniques, les prestataires de soins. La collaboration avec les administrations des trois mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor a beaucoup facilité les entretiens avec les personnes ressources et pour l’administration des questionnaires aussi. Nous avons commencé les entretiens avec les gérants et administrateurs des MS qui nous ont permis d’avoir une vue d’ensemble de la mutualité dans la commune de Ziguinchor. Leurs conseils ont beaucoup aidé sur le choix des sites à enquêter et l’identification des personnes ressources.

### **2.4 Techniques d’analyse**

Les données quantitatives recueillies à travers le questionnaire, ont été saisies sur le logiciel Sphinx V5. L’analyse de ces données a été descriptive et elle a été effectuée à l’aide de tableaux statistiques. Cependant, les informations recueillies lors de nos entretiens ont fait l’objet d’un tri. C’est celles qui sont les plus significatives qui ont été retenues. Ensuite ces dernières ont fait l’objet d’une synthèse partant des thèmes évoqués qui nous ont permis de dégager des conclusions pratiques initiales. Enfin, pour l’analyse des données, nous avons opté pour l’analyse du contenu dont :

L’analyse catégorielle qui est une méthode qui relève des analyses thématiques comme évoquer précédemment.

Les deux méthodes des analyses formelles que sont l’analyse de l’énonciation et l’analyse de l’expression. Tout comme l’analyse catégorielle, ces deux variantes de l’analyse de contenu ont été bien explicitées précédemment.

L’analyse lexico sémantique qui nous a permis de saisir la signification du discours des interviewers en contexte afin de le rendre intelligible.

Pour la méthode d’analyse, nous avons opté pour l’analyse de contenu car cette analyse à l’avantage d’offrir au chercheur la possibilité de traiter avec méthode des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et complexité tout en permettant un contrôle de qualité à son travail.

Il existe plusieurs catégories de méthodes d'analyse de contenu avec quelques variantes pour chacune d'elles (Quivy & Campenhoudt, 1995). Pour les besoins de notre analyse, nous choisissons l'analyse thématique. C'est une « méthode d'analyse consistant « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996, p. 259).

## **2.5 Difficultés rencontrées**

La principale difficulté à laquelle nous nous sommes confrontés est liée à la documentation. Par rapport à notre problématique, la bibliothèque de notre université n'est pas suffisamment équipée en ouvrages ou articles portant sur la thématique de recherche. Ce déficit documentaire au niveau local nous a conduit à explorer d'autres sites hors de la région de Ziguinchor qui disposent d'une documentation assez fournie, ce qui a d'ailleurs semblé être un passage obligé. C'est ainsi que nous avons pu effectuer un voyage vers Dakar à la date du 08 octobre 2020 pour se documenter à la bibliothèque universitaire de Dakar. Et en plus de ça aussi nous avons pu consulter en ligne la bibliothèque numérique de l'UCAD. Malgré ce voyage et la bibliothèque numérique consultée, il nous manquait encore des ouvrages dont nous avons besoins.

Sur le terrain, lors de l'administration de nos guides questionnaires, nous avons rencontré quelques obstacles. Pour les bénéficiaires des mutuelles de santé communautaires rencontrés en sein de l'hôpital régional ou de l'hôpital de la paix ce qui pose problème c'est qu'ils n'ont pas assez de temps à consacrer pour l'administration du questionnaire. Lors de l'administration du questionnaire nous avons noté des refus de réponses et des interruptions. C'est de là qu'on a changé de milieu d'enquête en choisissant la mutuelle de la commune qui est au niveau du district sanitaire de la commune et la mutuelle de santé de l'Union Régionale Santa Yalla. Au niveau des entretiens, quoique les gens aient coopéré dans l'ensemble, comme le montre ce fait, lors d'un entretien avec les responsables des mutuelles qui nous disent qu'il largement le temps de nous répondre, au bout de 20 minutes, d'autre surtout les responsables de districts sanitaires nous demandent d'aller vite pour terminer l'entretien parce qu'ils ont d'autres choses à faire alors que c'est eux même qui ont programmé le rendez-vous. Toutefois, certaines personnes étaient réticentes et méfiantes surtout s'il fallait enregistrer le discours quoique nous ayons pris le temps de bien les expliquer le but de l'enquête, la raison d'être de l'enregistrement et d'avoir essayé de les mettre en confiance. Par exemple, une femme *Bajenu Gox* était d'accord pour nous accorder un entretien après lui avoir expliqué le but de notre recherche.

Cependant, lorsque nous lui avons demandé l'autorisation de l'enregistrer, elle nous a répondu par un non catégorique quand bien même nous l'ayons expliqué nos motivations. Elle nous a répondu qu'elle accepte un entretien et ce n'est pas la première fois que des gens viennent s'entretenir avec elle dans le cadre des enquêtes, « mais si c'est pour enregistrer, ça c'est étrange ». Nous lui avons dit d'accord que nous allons faire l'entretien sans enregistrer il a désisté pour de bon. Un délégué de quartier, quant à lui, nous a demandé ce qui prouve que nous sommes bien des étudiants, selon lui nous aurions dû porter un badge ou avoir un certificat. L'accueil n'a pas été des meilleurs et ce dernier a refusé de nous accorder un entretien, bien que nous l'avions montré notre carte d'étudiante

Lors de l'administration de nos questionnaires, nous avons remarqué que plusieurs de nos interlocuteurs n'ont aucune connaissance de certains aspects de la MS dont les modalités d'adhésion ainsi que le paquet de service offert. Compte tenu de cela, nous étions des fois obligés de bien expliquer à chaque fois à nos interlocuteurs ces aspects pour un bon déroulement de nos entretiens, ce qui nous a pris plus de temps dans la subordination de nos outils de collecte de données. Ce phénomène étant répétitif, nous nous sommes dits à un moment donné que nous ne sommes pas là pour faire de la sensibilisation mais des enquêtes. Après tout, c'était un passage incontournable. Même aujourd'hui, on peut informer d'autres personnes.

A l'hôpital régional et au Camp militaire, nous avons perdu du temps avant de pouvoir mener nos observations et nous entretenir avec des prestataires de soins parce qu'il fallait répondre à certains critères (par exemple avoir l'autorisation du Directeur) et suivre une certaine voie hiérarchique. Or, le personnel est mobile et des fois très occupé pour pouvoir trouver la personne à laquelle s'adresser afin d'espérer avoir l'autorisation de mener une enquête dans la structure concernée.

Le même problème s'est aussi posé au niveau de la Région Médicale (RM). Le personnel est mouvant et n'est pas sur place quand nous allons prendre rendez-vous. Toutes ces difficultés ont été contournées et les entretiens ont été faits dans l'ensemble sans grande difficulté.

## **2.6 Limites de l'étude**

Nous avons noté quelques limites au niveau de notre échantillonnage qui est très réduite par rapport à la commune de Ziguinchor. Le fait de se focaliser seulement sur ces trois mutuelles pour administrer notre questionnaire peut constituer une limite à cette présente étude.

Une autre limite est que certains de nos interlocuteurs sur le terrain ne comprenant pas le français, certains questionnaires étaient tenus dans des langues telles que le diola, le wolof, le manding et un entretien en Manjack. Pour cette dernière langue, c'est sur l'aide d'une traductrice que le questionnaire a été rempli. Nous avons posé les questions en français à notre traductrice, et elle s'est chargée de les rendre intelligible à notre interlocuteur en Manjack et puis de nous transmettre les réponses en français.

Pour le reste des entretiens tenus en diola ou en wolof, c'est nous-mêmes qui les avons conduit sans intermédiaire. Tous les entretiens tenus dans une autre langue que le français, ont été traduits en français ; Ce qui peut constituer une limite à cette étude puisque la langue est chargée d'acceptations ou de sens qu'il n'est pas toujours aisé de traduire et de les exprimer fidèlement dans une autre langue. D'ailleurs, pour certaines expressions lors de la traduction des entretiens, nous avons dû demander de l'aide à des personnes qui comprennent mieux cette langue dans un souci de fiabilité et de qualité.

## **PARTIE 2 : ETUDE DE LA MUTUALITE SANTE DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR**

Cette partie s'intéresse à la mutualité santé et plus spécifiquement à son organisation et son fonctionnement. La partie s'articule autour de deux chapitres. Le premier porte sur la présentation des mutuelles ciblées par ce mémoire, le second s'intéresse à l'organisation et fonctionnement des mutuelles de santé à Ziguinchor mutuelles.

## **CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR**

Ce chapitre fait l'étude de la mutualité santé dans la commune de Ziguinchor. Dans cette partie, il y a la présentation des mutuelles ciblées par l'étude, à savoir leur profil et en fin une analyse stratégique des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor. Les éléments décrits dans ce chapitre sont tirés d'entretiens avec les acteurs mutualistes et des documents des trois mutuelles (statut et règlement intérieur, rapports de fin d'exercice) et des entretiens que nous avons eus avec les administrateurs et les prestataires de soins.

### **3.1 Profil des mutuelles de santé ciblées par l'étude**

Cette sous-partie porte sur la mise en place des mutuelles de santé communautaires à savoir celle de la commune (MSCZ), celle de l'Union Régionale de Santa Yalla et enfin celle des acteurs culturels. En d'autres termes, c'est de faire une brève présentation de ces trois mutuelles, leur organisation et fonctionnement.

Le processus de mise en place de ces trois mutuelles de la commune de Ziguinchor dépasse le cadre géographique de sa zone. La création des mutuelles a été initiée au niveau du ministère de la santé dans le cadre de la décentralisation de l'assurance maladie et l'extension de la couverture santé. La mise en œuvre des mutuelles implique un partenariat entre l'Etat, les collectivités locales ou territoriales et les mutuelles de Santé. En effet, la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé a bénéficié du soutien politique par la mise en place par le Ministère de la santé d'un programme d'appui au développement des mutuelles de santé depuis 1997 (MSAS, 2004, p.3).

Cette présentation va s'articuler autour des contextes de création de ces trois mutuelles. Cinq aspects majeurs vont être abordés ici : le contexte de création, le type d'organisation, les modalités définies dans les adhésions et les prestations, les ressources de la mutuelle et les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

#### **3.1.1 La mutuelle de la commune de Ziguinchor(MSCZ)**

Cette mutualité santé est née de la fusion et de la restructuration de cinq mutuelles de santé de la commune à savoir la Mutuelle de Santé des Enseignants du Privé Catholique (MUSAPEC), APOYA, KASONTENNOOR, DIATTA KERIA et BOUCOTTE-EST. En effet, cette fusion a été mise en œuvre après concertation des différents acteurs dont les Présidents des Conseils d'Administration (PCA), ainsi que les membres des différentes Assemblées Générales (AG)

des mutuelles. Ils se sont réunis pour trouver un consensus et décider de fusionner avec l'aide de certains acteurs tels que l'Union Régionale Mutuelles de Santé (URMS), de la Régional Médicale (RM) et de l'appui du Partenaire Technique et Financier de la MS à savoir USAID/Santé. Après cette fusion et la restructuration des mutuelles, les membres du Comité d'Initiative Mutualiste (CIM) ou groupe porteur de la MS ont été choisis parmi les responsables des anciennes mutuelles et certains représentants de la mairie (puisque les collectivités locales sont impliquées dans ce processus)<sup>8</sup>. Le CIM est chargé de faire la sensibilisation au niveau de la population et de collecter les cotisations ainsi que les droits d'adhésion.

Cette fusion, intervenue lors de la deuxième phase d'extension de la CMU, va dans le sens de la perspective de la loi du grand nombre, c'est à dire, que plus une mutuelle de santé a des bénéficiaires (des adhérents et des personnes à charge ou des ayants droit), donc plus de personnes qui cotisent, plus elle est solide dans la mesure où une mutuelle de santé ne vit en principe principalement que par les cotisations de ses membres. D'ailleurs, les expériences de certaines institutions mutualistes qui ont précédé la mutuelle de la commune soulignent le caractère incertain d'une mutuelle qui compte peu de bénéficiaires puisque cela remet en question sa viabilité (à long terme) comme le dit M.D, présidente de la MSCZ :

« Avant la naissance de cette mutuelle il y avait des mutuelles mais ces mutuelles comptées peu de bénéficiaires. C'est ainsi qu'on a senti le besoin de fédérer pour en faire une seule mutuelle ».

Il faut également souligner dans ce processus, le travail qui est fait au niveau communautaire (notamment par les délégués de quartier et les *Bajenu Gox*) dans la mobilisation des populations autour de cette initiative. Ces derniers avaient joué un rôle remarquable dans la sensibilisation des populations. Plusieurs de nos interlocuteurs ont déclaré avoir eu connaissance de l'existence de la mutuelle à travers les responsables de leur quartier, des voisins, des radios mais aussi aux responsables des structures prestataires. Cependant, le travail du CIM s'est arrêté lorsque la mutuelle a atteint un certain nombre de bénéficiaires et a tenu son AG Constitutive (AGC).

Comme le dit madame la présidente de la mutuelle :

« L'AG est composée de tous les adhérents (en règle) de la MS. Elle a élu un CA et un CC. Le CA a élu en son sein le BE. Ensuite, les administrateurs de la MS ont été formés en Gestion Administrative et Financière (GAF), formation financée par le programme santé USAID. Puis, avec la contribution de ce partenaire-là, la MS a été équipée en outil de gestion pour le démarrage de ses activités ».

---

<sup>8</sup> Parmi les membres de ce comité, il y a un coordinateur ou président du CIM, un secrétaire et un trésorier

Dans le cadre de la signature des conventions avec les structures sanitaires et les officines privées dit le Secrétaire M.D :

« Il y a eu des échanges entre les acteurs de la mutualité et les différents acteurs sanitaires (prestataires de soins, pharmaciens). C'est ainsi que la mutuelle de santé a commencé à offrir ses prestations de services à ses bénéficiaires le 27 février 2015. Les adhérents des anciennes mutuelles de santé qui ont fusionné n'ont pas acheté un carnet au moment de leur adhésion. Il leur a été donné gratuitement, mais ils doivent par conséquent honorer leur cotisation ».

Dans le cas par exemple de la MS APOYA, dit la présidente R.D :

« L'argent qui restait dans le compte de la mutuelle de santé a été versé à la mutuelle de santé de la commune, et une partie de cette somme a été utilisée pour payer les cotisations de certains membres de la mutuelle de santé ».

La mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor a son siège dans le quartier administratif d'Escale au sein du centre de santé qui est en même temps le district sanitaire. La proximité de la mutuelle avec le district sanitaire favorise une interaction sociale plus dynamique entre administrateurs de la mutuelle et les prestataires de soins comparés aux autres structures sanitaires qui sont plus distancées d'elle. En outre, la position stratégique de la mutuelle de santé lui permet de gagner en notoriété parce qu'elle est plus visible, et renforce sa crédibilité dans la prestation de ses services relatifs aux soins de santé.

De prime abord, il est difficile de faire la différence entre la mutuelle de santé et le centre de santé. D'ailleurs, lors de notre enquête, il est arrivé que certaines personnes prennent les administrateurs de la mutuelle de santé pour des prestataires de soins, alors que la mutuelle gère la demande de prise en charge des soins de santé, et le centre de santé l'offre de services de soins.

La mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor est l'une des plus grandes mutuelles de la zone communale. Elle comporte 4 types de bénéficiaires que sont : les bénéficiaires de classiques, les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale (BSF), les bénéficiaires de la carte d'égalité des chances (CEC) et enfin la CMU/Elève.

### **3.1.2 La Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla (MSURSY)**

C'est le *Leadership de Femmes*, une organisation à but non lucratif œuvrant pour la promotion de la femme qui est à l'origine de la création de la MSURSY le 16 Mars 2016. La vocation première de cette organisation est d'aider les femmes sur le plan économique notamment à travers l'octroi de petits crédits qui leur permettraient de se consacrer à des activités génératrices

de revenus. Cependant, pour atteindre ses objectifs, dit la présidente d'une mutuelle de santé dans l'extrait suivant :

« On s'est dit que pour mieux atteindre nos objectifs, on doit intégrer une dimension sociale dans son champ d'action. Pour ce faire, on a jugé nécessaire de mettre en place une mutuelle de santé afin de venir en aide à nos membres. Car, ces dernières sont presque toutes actives dans l'économie informelle et sont par conséquent, dépourvues de protection sanitaire adéquate » (la présidente d'une mutuelle de santé).

La MSURSY est une association de femmes qui a longtemps œuvrée sur la transformation des produits halieutiques, elles ont jugé nécessaire ensemble avec le Leadership des femmes d'ouvrir une mutuelle de santé pour aider ces dernières à leur bien être familiale c'est cette MS dénommée MSURSY. En effet, une étude de faisabilité consistant à évaluer les besoins des membres potentiels a procédé à sa mise en place et, elle a pu démarrer ses activités à la même année.

La mutuelle est implantée au sein même des locaux de l'Union Régionale Santa Yalla au quartier Boucotte dans le cadre du programme de développement du leadership des femmes. En effet, elle est une mutuelle de santé du programme de la CMU et qui compte que deux (2) types de bénéficiaires à savoir : les classiques et la CMU/Elève.

Cependant, comme le dit le superviseur de la mutuelle dans les lignes suivantes :

« Notre mutuelle de santé est une association apolitique à but non lucratif. Elle est ouverte à toute personne remplissant les conditions fixées par les statuts sans distinction tenant au sexe, à la race, à la religion ou à l'appartenance politique » (Le superviseur de la MSURSY).

### **3.1.3 La Mutuelle de santé des Acteurs Culturels de Ziguinchor (MSACZ)**

La mutuelle des acteurs culturels (MSACZ) a été créée en 2017 à Dakar. Par ailleurs, elle a vu le jour à Ziguinchor en 2019 et a commencé ses prestations le premier Avril 2020.

La mutuelle des acteurs culturels est une mutuelle dédiée aux artistes, sur leur propre initiative avec l'appui du ministère de la culture et du ministère de la santé et de l'action social, il y a quelques années. Au niveau national, il y a un bureau national, et dans les régions on a mis de antennes et chaque antenne a un bureau qui récence des adhésions et suit des prestations au sein des structures conventionnées.

Le contexte de création de cette mutuelle est expliqué par le président de la mutuelle dans l'extrait qui suit :

« Nous sommes d'abord partis d'un fait. Il y avait beaucoup d'artistes qui sont tombés malades et c'est des quêtes qui ont été lancées et généralement avant l'arrivée de ces quêtes l'individu disparaît ou sinon est handicapé déjà. A l'époque, les cas qui ont le plus marqué c'est les cas de Laba Socé qui a même écrit au Bureau Sénégalais des Droits d'Auteur pour demander un soutien et le jour où le soutien arrivé il est mort ». (Président de la MSACZ).

La MSACZ est une mutuelle à allure communautaire. Elle couvre les trois départements de la région (Ziguinchor, Bignona et Oussouye). Cependant, elle est pour le moment fonctionnelle sur les deux départements que sont : Bignona et Ziguinchor. Toutefois, contrairement aux mutuelles de santé du programme de la CMU, la mutuelle de santé des acteurs culturels ne comporte qu'un seul type de bénéficiaires à savoir les bénéficiaires classiques.

### **3.2 Analyse stratégique des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor**

Dans cette, sous-partie, nous nous proposons de faire une analyse institutionnelle (analyse SWOT ou FFOM) des mutuelles ciblées dans le cadre de ce travail afin d'en ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

Faire ce diagnostic permet de mieux appréhender la viabilité des mutuelles car une structure comme la mutuelle de santé doit minimiser ses faiblesses et les menaces et s'appuyer sur les forces et les opportunités.

D'abord, nous avons observé que les mutuelles dans la commune de Ziguinchor s'appuient sur une équipe motivée et disponible pour une sensibilisation de populations. En outre, elles bénéficient de formations pour son personnel et de subventions de la part des organisations privées ou associatives ou même de l'Etat. C'est le cas de la MSCZ et celle de la MSURSZ. Aussi, les mutuelles ont de bonnes relations avec les structures de soins de la ville.

Tableau 1 : matrice SWOT (forces, faiblesses, menaces et opportunités) de (MSURSY, MSCZ et MSCZ)

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité et motivation des membres du bureau</li> <li>• Disponibilité d'un siège</li> <li>• Les sensibilisations</li> <li>• Système de prépaiement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recouvrement des cotisations</li> <li>• La non prise en charge des médicaments des maladies chroniques</li> <li>• Le manque de campagne de sensibilisation</li> <li>• Le bénévolat</li> <li>• L'absence du fond de garantie pour pallier aux difficultés de gestions financière</li> <li>• Insuffisance de formation de des gestionnaires de la mutuelle de santé</li> <li>• Retard de versement des indemnités</li> <li>• Absence de plan de communication pour accroitre les sociétaires de la mutuelle</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les subventions reçues</li> <li>• Formations offertes par les partenaires</li> <li>• Bonne collaboration avec les prestataires de soins</li> <li>• Les bonnes volontés</li> <li>• Prise en charge régulier des bénéficiaires par les prestataires de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La menace de la CMU pour la non prise en charge des BSF</li> <li>• Absence de culture mutualiste de la part des acteurs culturels</li> <li>• La concurrence avec les autres mutuelles</li> <li>• La faible capacité de contribution des ménages</li> <li>• Les fréquentes ruptures des médicaments IB dans les structures sanitaires conventionnées</li> </ul>

Source : Ziguinchor 2020

Par contre, les mutuelles sont confrontées à des problèmes liés à une faible culture mutuelle de la part des acteurs et bénéficiaires. De même, les mutuelles n'arrivent pas à profiter du programme de couverture maladie universelle ; Ce qui constitue un manque à gagner pour les structures. En effet, la mutuelle de santé de la MSURSY est une parfaite illustration. Cependant, les mutuelles souffrent d'une absence de plan de communication pour accroitre les sociétaires de la mutuelle, c'est le cas de la MSACZ.

## **CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR**

Les mutuelles de la commune de Ziguinchor, sont composées de différents organes et fonctionnent selon des règles établies. Une telle organisation (figure 2) est nécessaire pour répondre aux besoins de ses bénéficiaires.

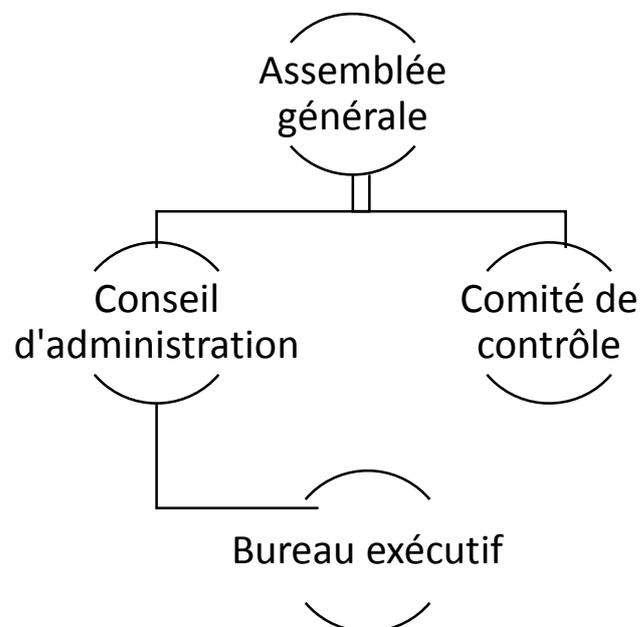
### **4.1 Les organes de la mutualité à Ziguinchor**

Lors de l'assemblée générale constitutive (AGC), 4 organes ont été élus :

L'assemblée générale (AG) qui est composée de l'ensemble des membres de la MS. Elle constitue l'instance suprême de prise de décision. Elle définit la mission de la mutuelle et formule sa politique générale.

Le conseil d'Administration (CA) qui est composé de 7 membres de la mutuelle élus au sein des membres participants. Il assure la gestion financière de la mutuelle et la mise en œuvre de ses expressément réservés à l'AG par les statuts.

Figure 2: organigramme des Mutuelles de Santé



Source : organigramme des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor, 2020

Le bureau exécutif (BE) : c'est lui qui convoque et préside les réunions de l'AG, du CA et du CE. Il assure aussi les relations avec les structures prestataires. Le BE compte un sous organe dénommé le Comité Education Promotion (CEP). Celui-ci veille à l'éducation des membres et à leur formation et organise les activités promotionnelles de la mutuelle. Des animatrices sont élues et sont chargées d'assister le BE en particulier la responsable à l'éducation et à la promotion dans leurs taches d'animation, d'éducation et d'orientation.

Le comité de contrôle (CC). Il est composé de 06 membres et veille à la bonne marche de la MS du point de vue financier, administratif et organisationnel. Il est chargé de garantir que les actes de la MS sont conformes aux textes réglementaires et de vérifier l'exactitude de la comptabilité et la régularité financière. Il rend compte au CA et produit un rapport annuel d'activités.

Chaque organe de la mutuelle de santé est composé d'un président, d'un vice-président, d'un Secrétaire et d'un trésorier.

Le comté de contrôle se réunie au moins deux fois par an en session ordinaire. Des sessions extraordinaires peuvent être convoquées en cas de besoin.

## **4.2 Le fonctionnement des mutuelles de la commune de Ziguinchor**

La bonne marche des mutuelles est assurée par les quatre organes qui la régissent. Cependant leurs partenaires fondamentaux ont droit de regard sur le fonctionnement. Les membres peuvent adhérer, cotiser, disposer de la lettre de garantie et se faire rembourser les ordonnances dans toutes les structures de la commune dont la MS a signé des conventions.

## **4.3 Les adhésions pour les mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor**

Pour bénéficier des prestations de services des MS dans la commune de Ziguinchor, il faut payer ses droits d'adhésion qui s'élèvent à 1 000 francs CFA (le carnet de membre) et payer sa cotisation annuelle ou semestrielle. La cotisation annuelle s'élève à 3 500 francs CFA.

Un adhérent peut prendre à charge des personnes (minimum 3 et maximum 19 personnes) dans son carnet (l'adhésion familiale est le principe). Toutefois, ces dernières sont tenues de verser la cotisation puisqu'elle est individuelle. Le souscripteur ou la souscriptrice doit également

disposer de deux photos d'identité (incluses dans les modalités d'adhésion) et pratiquer une période d'observation d'un mois (dans le cadre de l'adhésion annuelle) avant de bénéficier des prestations de services de la MS.

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

### **PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES SUR LA MUTUALITE SANTE A ZIGUINCHOR**

Cette partie est consacrée à l'analyse et traitement des données secondaires et empiriques. En effet, elle s'articule autour de deux chapitres. Le premier porte sur la prise en charge des populations à travers les mutuelles communautaires dans la commune de Ziguinchor et le second s'intéresse à l'analyse des données empiriques.

## **CHAPITRE 5 : LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS A TRAVERS LES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR**

Ce chapitre porte sur la prise en charge sanitaire des bénéficiaires à travers les mutuelles communautaires. En effet, ce chapitre comporte deux sous-parties à savoir : la prise en charge des populations par les mutuelles de la commune et les partenaires des mutuelles de santé.

### **5.1 La prise en charge des populations par les mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor**

Cette sous-partie porte sur la prise en charge sanitaire des bénéficiaires à travers les mutuelles communautaires. Il est question ici d'expliquer les modalités des conventions entre les mutuelles étudiées et les structures de santé, les prestations offertes et le financement des mutuelles.

La prise en charge des membres (les bénéficiaires classiques) par les mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor est à 80% pour tous services de soins dans les structures sanitaires publiques et les bénéficiaires se prennent en charge à hauteur de 20% et de 50% pour chacun de ces deux parties si c'est au niveau des officines privées pour les médicaments. Pour les enrôlés à savoir les indigents la prise en charge est 100% partout. Les maladies chroniques (diabète, asthme...) sont d'emblée exclues des remboursements et cette limitation est jugée indispensable à la survie économique de ces structures.

#### **5.1.1 Les modalités de la convention entre les mutuelles et les structures prestataires**

Les bénéficiaires de la MSCZ, ceux de la MSURSY et de MSACZ sont pris en charge au niveau des structures sanitaires publiques et des officines privées avec lesquelles les mutuelles de santé et l'UDMS ont signé une convention. Le tableau 5 à la page suivante montre les différentes structures avec lesquelles les mutuelles ont signé des conventions.

Pour la première Mutuelle (MSCZ), elle a signé des conventions avec tous les postes de santé de la commune de Ziguinchor, avec deux districts sanitaires à savoir celui de Silence et celui de la garnison militaire (Camp Militaire de la zone 5). Pour les officines privées, cette mutuelle est conventionnée avec la Pharmacie de la Paix, la Pharmacie Néma et la Pharmacie Oumar.

La deuxième mutuelle, à savoir la MSURSY a aussi signé avec toutes les structures de soins et la seule différence ici est que la MSURSY a signé plus de convention avec les officines privées que la MSCZ que nous l'affirme la gérante. Toutefois, quand le bénéficiaire part dans un poste de santé ou au centre de santé, c'est en ce moment que la mutuelle le prend en charge.

Tableau 2 : les mutuelles de santé et les structures sanitaires conventionnées dans la commune de Ziguinchor

<b>Mutuelles de santé</b>	<b>Structures sanitaires conventionnées</b>	<b>Zone de polarisation</b>
<b>Mutuelle de Santé de la Commune de Ziguinchor (MSCZ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tous les postes de santé de la commune de santé</li> <li>✓ 01 centre de santé</li> <li>✓ 01 poste au niveau du camp militaire</li> <li>✓ 03 Pharmacies (Pharmacie de la Paix, la Pharmacie Néma et la Pharmacie Oumar)</li> </ul>	La commune de Ziguinchor
<b>Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla (MSURSY)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tous les postes de santé de la commune de santé</li> <li>✓ 01 centre de santé</li> <li>✓ 01 Camp militaire de la Zone 5</li> <li>✓ 10 Pharmacies (Néma, Lyndiane, Ajamat, du Sud, Banéto, Santhiaba, Rue 54, Diatire, du Stade, de la Paix)</li> </ul>	La commune de Ziguinchor
<b>Mutuelle de Santé des Acteurs Culturels (MSAC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 09 Postes de santé (Belfort, Lyndiane, Kandialang, Tilène, Soucoupapaye, Colbane, Kandé, Belge et Badionkotong à Bignona)</li> <li>✓ 01 Centre de santé (Silence)</li> <li>✓ 02 Pharmacies (Pharmacie Machalah de Bignona et la pharmacie Néma de Ziguinchor)</li> <li>✓ 02 Hôpitaux (CHRZ et l'hôpital de la paix)</li> </ul>	Région de Ziguinchor

Source : MS et les structures conventionnées dans la commune de Ziguinchor 2020

Cependant, pour la MACZ c'est elle qui prend en charge les frais à tous les niveaux. Pour cette mutuelle, elle a signé des conventions avec 9 Postes de santé (Postes de santé (Belfort, Lyndiane, Kandialang, Tilène, Soucoupapaye, Colobane, Kandé, Belge et Badionkotong à Bignona), 1 Centre de santé (Silence), 2 Pharmacies (Pharmacie Machallah de Bignona et la pharmacie Néma de Ziguinchor) et enfin avec les 2 Hôpitaux (CHRZ et l'hôpital de la paix)

D'après les gérants des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor, le choix de ces différentes structures se justifie par des raisons bien précises. D'abord, les MS ont voulu faciliter l'accessibilité géographique des membres aux structures sanitaires. Pour y parvenir, elles ont cherché à avoir un prestataire (poste de santé) dans chaque quartier couvert par la mutuelle. Ce faisant, elles entendent se rapprocher de sa population en réduisant le coût de transport. Concernant les officines privées, il faut que la pharmacie soit assez forte financièrement et bien fournie en médicaments et elle doit être dans la zone où la population est nombreuse. Les propos du secrétaire d'une mutuelle sont assez explicites là-dessus.

« En un moment on n'est pas sûr de pouvoir payer tout temps toutes les pharmacies de la ville c'est pour quoi on a choisi ces trois les plus puissants qui peuvent accompagner la MS même en cas de difficulté » (secrétaire d'une mutuelle de santé).

Après ces conventions signées avec les structures prestataires, les bénéficiaires doivent payer directement le ticket modérateur, c'est à dire, un certain pourcentage (0%2 ou 0% ou 50%) du coût de la prise en charge en guise de contribution aux prestations de services sanitaires.

Le remboursement de la structure ayant délivré des prestations de services aux bénéficiaires de la mutuelle se fait après service fait, généralement à la fin de chaque de chaque mois et à chaque acte et non par épisode de maladie.

Pour ce qui est du mode de paiement des prestations, la MS applique un paiement par chèque ou par espèces. La facture est mensuelle, mais très souvent, il est observé des retards des paiements de facture, note le Gérant de la MSCZ.

« On a des retards de 02 à 3 mois, des fois même de 2ans si on prend en compte les bénéficiaires des BSF et des CEC. Mais là je peux dire que cela ne vient pas de nous mais de la part de l'Etat car c'est lui qui doit des frais de soins de ces derniers ». (Le président d'une mutuelle).

Enfin, il est important de noter que pour la MSURSY et MSCZ, la prise en charge est communale et pour la MACZ la prise en charge est régionale ou départemental.

### 5.1.2 Le financement de la prise en charge

Généralement, les ressources financières des mutuelles proviennent pour l'essentiel des cotisations, des droits d'adhésion et des fois par des subventions reçues de l'Etat, d'une tierce personne ou d'une tierce structure.

Si l'on s'intéresse à la prise en charge financière par les mutuelles de santé, nous pouvons observer avec la MSURSY que cette prise en charge a coûté au total, **2 531 057 FCFA** en 2020 (voir tableau 6).

Tableau 3: collecte des cotisations de la MSURSY en 2020

<b>Trimestres</b>	<b>Trimestre 1</b>	<b>Trimestre 2</b>	<b>Trimestre 3</b>	<b>Trimestre 4</b>
<b>Montants Collectés</b>	1 013 500 F CFA	655 000 F CFA	636 500 F CFA	670 500 F CFA

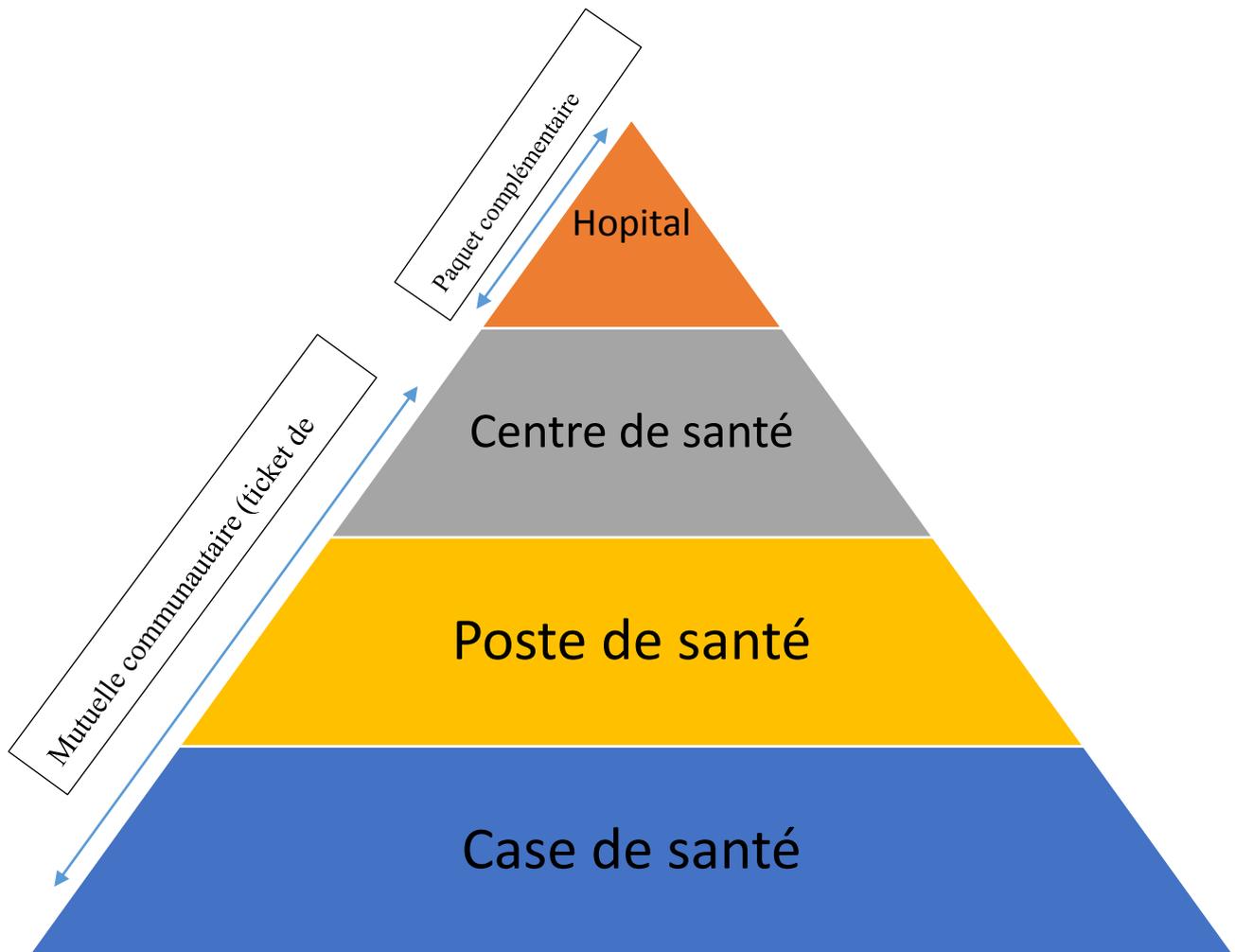
Source : MSURSY, novembre, 2021

Toutefois, si l'on considère les revenus, le bilan financier de la MSURSY montre que les montants globaux des cotisations ne sont pas exponentiels. D'un trimestre à un autre, nous observons une « évolution en dents de scies » (croissance/décroissance). Cette évolution peut s'expliquer du fait que pendant le semestre 2, il y avait le confinement et que les gens ne venaient plus pour renouveler. En plus de cela, les sensibilisations sur le terrain ne se faisaient plus. Cette évolution peut aussi s'expliquer par la négligence ou par un manque de volonté des bénéficiaires

### 5.1.3 Les prestations offertes

Les bénéficiaires à jour des cotisations, peuvent bénéficier de deux types de paquet de soins : un paquet de base et un paquet complémentaire. La décomposition du Panel Métabolique de Base (PMB) en paquet de base et en paquet complémentaire est un choix délibéré pour renforcer l'efficacité dans la prise en charge et le système de référence. L'accès au paquet complémentaire est conditionné par la référence obligatoire d'un poste de santé ou d'un centre de santé. En effet, la prise en charge dans la commune de Ziguinchor se fait à quatre niveaux à savoir : case de santé, poste de santé, centre de santé et Hôpitaux. Par ailleurs, les bénéficiaires des MS devront s'acquitter d'un ticket modérateur dont le taux varie selon le type de prestation et le niveau de prise en charge des soins (figure 3).

Figure 3:pyramide du niveau de prise en charge



Source : région médicale de Ziguinchor, 2020

Le paquet de base directement géré par la mutuelle est offert dans les structures sanitaires (PS et CS) avec qui la MS a signé des conventions. Ces paquets de services sont définis par la politique de la CMU. Le taux de prise en charge par la MS du coût des prestations offertes aux bénéficiaires dépend des services dispensés (Tableau 7).

Tableau 4: paquet de base offert au niveau des Postes et Centres de Santé

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

Source : Règlement intérieur des MS dans la commune de Ziguinchor 2020

S'agissant du paquet complémentaire, il est géré par l'UDMS. Il s'agit des prestations de services offertes au niveau des hôpitaux et au niveau des pharmacies privées (médicaments de spécialité) avec qui l'UDMS a signé une convention.

Tableau 5 : paquet complémentaire offert au niveau des hôpitaux

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

Source : Règlement intérieur des MS communautaires dans la commune de Ziguinchor (2021)

Pour les pharmacies privées, il y en a deux avec qui la UDMS a signé des conventions (au cours de mon enquête) : la pharmacie Néma et la pharmacie de la Paix. Ce paquet complémentaire est pris en charge grâce à la subvention générale que l'Etat verse aux MS puisqu'une partie de cette subvention (15%) revient à l'UDMS pour qu'il puisse jouer son rôle. Le taux de prise en charge par l'UDMS du coût des prestations offertes aux bénéficiaires dépend des services dispensés (Voir tableau 8).

Toutefois, il convient de préciser que la prise en charge du lit à 100% par l'UDMS au niveau des hôpitaux concerne les sept premiers jours d'hospitalisation et les chambres communes. Mais, si par exemple le bénéficiaire souhaite être hospitalisé dans une salle autre qu'une salle commune, donc plus coûteux, l'UDMS ne prend pas sa charge ce type de frais. En plus de cela, certaines prestations de services sont exclues des prestations couvertes par les MS telles que définies dans le règlement intérieur des MS dans la commune de Ziguinchor. C'est le cas des médicaments exclus du paquet de prestation (des lentilles de contact, des prothèses, des orthèses, des lunettes de vue. Certains produits et médicaments sont également exclus (voir tableau 9 sur les produits exclus du paquet de prise en charge).

Tableau 6 : les produits exclus du paquet de prise en charge

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

Source : Règlement intérieur des MS dans la commune de Ziguinchor 2021

## **5.2 Les partenaires des mutuelles de santé**

Les mutuelles de santé de Ziguinchor ont des partenaires stratégiques qui leur servent d'appui technique et jouent le rôle de conseillers. Dans les lignes suivantes, nous allons présenter les partenaires pour chaque mutuelle étudiée.

### **5.2.1 La mutuelle de santé de l'union régionale Santa Yalla**

Dans le programme débuté en 2015 financé par l'USAID et mis en œuvre par l'Union Régionale Sante Yalla qui est une association qui regroupe beaucoup de Groupement d'Intérêt Économique (GIE) de femmes des différentes localités dans la région de Ziguinchor, l'ONG *World Education* a contribué à la mise en place, en collaboration avec des acteurs notamment du programme Santé USAID. Le programme de *World Education* a participé au financement de certaines activités relatives au processus de la mutualité dont l'appui de l'URMS dans le suivi des CIM, leur formation ainsi que la formation des formateurs des membres du bureau en GAF. Un tel soutien s'explique quelque part par le fait « *que nous pensons que l'avenir des MS se trouve dans les unions faîtières* » a déclaré M. M.D. (Conseiller en mutuelle de santé du programme Développement du leadership des femmes à l'Union Régional Santa Yalla

Par ailleurs, la plateforme des femmes prend en charge tous les coûts liés à la rémunération du personnel, au local, constitué par le bureau de la gérante. Les coûts relatifs à l'électricité, à l'eau et au gardiennage.

En outre, USAID/Saabuñinmaa, appuie la mutuelle au niveau technique (conseil, formation, sensibilisation, à la recherche, à la production d'outils de gestion, encadrement dans la détermination des résultats de fin d'exercice). La gérante affirme que la mutuelle bénéficie de toutes les formations accordées gratuitement par le partenaire Saabuñinmaa. En plus d'une aide financière, pour la tenue de manifestations ponctuelles et des sensibilisations ont été apportées par cette structure.

### **5.2.2 La mutuelle de la commune de Ziguinchor**

Pour ce qui est de la mutuelle de santé de la commune (MSCZ), il faut dire que dans la dynamique de la mutualité, plusieurs partenaires ont contribué à la mise en place et à l'équipement en matériel de cette mutuelle en vue de leur fonctionnement, voire ont contribué dans la sensibilisation. Il y a par exemple l'ONG PACTE, le programme Santé USAID, l'ONG *World Education*, YMCA et AFRICARE (ONG qui travaille dans la mise en œuvre du programme Santé USAID communautaire).

Il y a aussi la CICODEV, qui est principal partenaire avec qui la mutuelle collabore pour le moment. Car, avec les autres partenaires, le contrat est fini bien vrai qu'ils continuent à faire quelques soutiens. En effet, cette organisation leur vient en appui au niveau technique (conseil, formation, sensibilisation, à la recherche, à la production d'outils de gestion, encadrement dans la détermination des résultats de fin d'exercice).

### **5.2.3 La mutuelle de santé des acteurs culturels (MSACZ)**

Pour la mutuelle de santé des acteurs culturels de Ziguinchor (MSACZ), elle n'a pas pour le moment de partenaires mais elle peut considérer le ministère de la culture, la SODAV et les bonnes volontés comme partenaire car c'est eux qui ont appuyé la mutuelle, ces dernières années.

Cependant, les administrateurs et les membres des trois mutuelles ont mentionné peu l'appui de l'Etat, à travers le ministère de la santé et de la prévention médicale. C'est la même chose en ce qui concerne l'appui de collectivités locales, sauf que le geste qu'a fait la collectivité locale qui a offert le terrain pour la construction du siège de la mutuelle de la commune et jusqu'à présente pas de moyen pour la construction.

## **5.3 Analyse des contraintes et limites de mutuelles de santé à Ziguinchor**

La mutualité santé engage plusieurs acteurs qui peuvent rencontrer des difficultés tout le long du processus de la prise en charge de l'état de santé des populations. En effet, pour ce faire cette partie va s'articuler autour de trois difficultés à savoir des difficultés rencontrées par les mutuelles et les administrateurs des mutuelles, les difficultés rencontrées par les bénéficiaires et en fin les difficultés rencontrées par les structures de santé conventionnées.

### **5.3.1 Les difficultés rencontrées par les mutuelles et les administrateurs**

Les mutuelles de la commune de Ziguinchor sont confrontées à des difficultés dont nous présenterons ici quelques-unes :

#### **5.3.1.1 Le non-respect de la pyramide sanitaire**

Les mutuelles réfèrent plus leurs adhérents et bénéficiaires vers les postes de santé. Ceci peut se justifier par le nombre important de conventions signées avec ces genres de structures. En effet, le poste de santé correspond au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire dans la

commune de Ziguinchor. Il polarise la majorité de la population et propose les coûts les plus bas. Ensuite, vient le centre de santé de référence le plus élevé pour les mutuelles de santé.

Le non-respect de la pyramide sanitaire est observé partout dans les deux niveaux de prise en charge par la mutuelle à savoir le niveau poste de santé et le niveau centre de santé. Comme l'affirme un responsable du bureau des entrées de l'hôpital régional dans l'extrait suivant :

« Ici, nous rencontrons pas mal de difficultés avec les bénéficiaires des mutuelles qui ne respectent pas la pyramide sanitaire. Ils veulent se soigner à l'hôpital et bénéficier de services de la mutuelle sans pourtant avoir de référence alors que nous ici, pour bénéficier des services de la mutuelle, il faudra avoir une référence qui montre que vous êtes passé par le poste de santé ou centre de santé pour que vous soyez accepté » (A. D, Responsable du bureau des entrées du CHRZ).

Cette même idée est partagée par la présidente d'une mutuelle : elle dit à ses propos :

« Le problème majeur que nous rencontrons ici est que les bénéficiaires et adhérents ne veulent pas respecter la pyramide sanitaire et viennent toujours nous créer des problèmes. Un jour, il y a un bénéficiaire qui est venu se plaindre en me disant qu'il s'est soigné à l'hôpital de la paix mais on a pas pris en compte son carnet de mutuelle. Je lui ai posé la question à savoir s'il avait une référence avec lui. Le bénéficiaire a répondu non ! mais moi je sais que ma maladie ne peut pas se traiter dans les petites structures de santé c'est pourquoi je n'ai pas besoin de faire tout ce circuit » (Présidente d'une mutuelle).

En somme, le non-respect du parcours de soins dans ce mode d'organisation pyramidal est une contrainte majeure pour les bénéficiaires, les agents dans les structures sanitaires et les acteurs des mutuelles.

### **5.3.1.2 Le non-respect de l'engagement financier de la part l'Etat**

Les mutuelles souffrent d'un certain déséquilibre dans la prise en charge de ses membres dans la commune de Ziguinchor. En effet, ce déséquilibre est dû aux retards des remboursements des contre parties que l'Etat doit aux mutuelles de santé. Seulement, ce non remboursement impacte beaucoup sur le fonctionnement des mutuelles et la prise en charge des bénéficiaires des mutuelles comme l'affirme un administrateur d'une mutuelle :

« Aujourd'hui nous pouvons dire que si on est trop endetté c'est à cause de retard des subventions de l'Etat. Ça fait trois ans de cela qu'on n'a pas reçu de subvention venant de la part de l'Etat. Et on est obligé de prendre en charge les indigents (les enrôlés). Ces derniers ce qu'ils nous coûtent c'est énorme » (Administrateur d'une mutuelle de santé).

Cette même idée se retrouve dans les propos de la présidente d'une mutuelle ;

« L'Etat doit revoir sa manière de faire les choses. Il doit prendre en contrepartie tous les membres au lieu de dire qu'il prend en charge les indigents à 100%, chose qu'il peine à respecter. Aujourd'hui, s'il le faisait peut-être même si les mutuelles de santé vont souffrir mais pas comme nous souffrons en ce moment » (Présidente d'une mutuelle de santé à Ziguinchor).

### **5.3.1.3 La question du bénévolat**

Dans la commune de Ziguinchor, les administrateurs des mutuelles de santé travaillent dans le bénévolat. Il n'y a aucune rémunération fixée pour eux. En effet, les membres du Comité Administratif (CA) interrogés prétendent le faire pour rendre service à la communauté. C'est aussi une façon de faire preuve de solidarité. Cependant, ce bénévolat est perçu différemment par certains membres de la population tout comme de la part de certains administrateurs des mutuelles de santé. De la part des populations, certaines personnes croient et même affirment que ces derniers sont rémunérés compte tenu de la charge de travail à laquelle ils font face. Des administrateurs à leur tour affirment même « avoir reçu des reproches de la part de certaines personnes qui taxaient leur travail de « temps perdu » et ont même tenté de les décourager pour qu'ils trouvent quelque chose de mieux à faire dans la mesure où ils ont des responsabilités familiales ».

Toutefois, le soutien social ou la reconnaissance qu'expriment d'autres pour leur engagement constitue un élément de motivation. Par contre, pour certains administrateurs, le bénévolat pose problème. Cette situation engendre des frustrations et est déplorable. De l'avis d'un administrateur d'une MS :

« Nous qui sommes dans le bénévolat là, nous sommes dans le bénévolat sénégalais. Je dis bénévolat sénégalais par ce que ce genre de bénévolat n'existe nul part ailleurs. Mais en Europe, il y a des motivations qu'on donne aux bénévoles. Les volontaires là, ils ont des motivations. Mais le Sénégal, quand on dit bénévolat, c'est zéro franc. Cela est décourageant car aujourd'hui, avec peu de chose tu es motivé. On n'est pas salarié, mais on est motivé. Le minimum c'est de motiver les gens. Ce qui est normal. C'est ça qui encourage aussi la personne pour mieux travailler » (Gérant d'une mutuelle).

Ces propos montrent des sentiments de frustration. Ce dernier établit une différence entre ce qu'il appelle le « bénévolat européen » où le bénévole perçoit au moins une certaine motivation pour son travail et le « bénévolat sénégalais » où le bénévole travaille sans aucune motivation.

Ce bénévolat sénégalais influe à son tour négativement sur le caractère du travail, entraînant une démotivation et conduisant à une certaine négligence dans l'exercice du travail. Ce même administrateur ajoute :

« Moi en tant que gérant de la mutuelle je ne suis pas motivé car même pour m'assurer de ma dépense quotidienne c'est tous les problèmes du monde que je rencontre. Est-ce que normal. C'est la raison pour laquelle vous me voyez venir dès fois en retard. Il faut d'abord que je règle ma dépense quotidienne avant de venir à la mutuelle. S'il y avait la motivation, j'allais me dire, ah non, à 8 heures je me pointe ». (Gérant d'une mutuelle)

Pourtant, ces derniers travaillent dans des conditions qui ne sont pas favorables et il arrive que le travail soit énorme surtout s'il fallait par exemple remplir ou mettre à jour les carnets et les fiches pour l'enrôlement des bénéficiaires de la BSF parce qu'il fallait les livrer le plus tôt possible.

Un autre administrateur affirme dans l'extrait suivant :

« La force de la mutualité, c'est la solidarité. (...). Mais maintenant, la mutualité ne signifie pas aussi le bénévolat. Bon, le bénévolat ne signifie pas aussi ici, comment dirais-je, la gratuité à 100%. Il y a des remboursements. Je prends mon billet et mon temps pour venir. Donc le minimum, c'est qu'on me rende ce billet-là. On ne nous rembourse même pas le transport. Par contre, nous sommes soucieux de la bonne marche et l'avancement de cette mutuelle-là. (...). Donc, on doit faire preuve de sacrifice. On ne doit pas être là à demander à chaque fois, on ne doit pas se nourrir de cette mutuelle. Mais la mutuelle aussi ne doit pas tout nous prendre aussi. Voilà l'équilibre que nous essayons de garder » (Administrateur d'une mutuelle).

Le non remboursement de certaines dépenses occasionnées dans le cadre de la MS laissées à la charge des administrateurs alimente encore les sources de frustrations. Les administrateurs doivent donner de leur temps à la MS et quelques fois dépensent pour elle sans être remboursé. Cette frustration ou déception peut s'expliquer par le fait que, pour certains administrateurs de la mutuelle (pourtant bien avertis du volontariat), le poste occupé est perçu comme une « fenêtre d'opportunité » ou une promotion, c'est à dire, une possibilité qui peut ouvrir la porte à d'autres activités plus intéressantes et rémunérées. C'est pourquoi, non satisfait par rapport à leurs attentes et ne bénéficiant d'aucune motivation, ils se sentent lésés. Une telle situation peut affecter négativement sur le bon fonctionnement de la mutuelle de santé.

### 5.3.1.4 Le recouvrement des cotisations des adhérents

Les mutuelles de santé à Ziguinchor sont confrontées au faible taux d'adhésion de la part des populations cibles. Ce faible taux qui réduit à son tour le développement des MS (donc moins d'apport de ressources supplémentaires plus importantes) entrave ces structures et réduit considérablement les capacités financières de la mutuelle.

Dans le tableau 2 qui suit, nous voyons que le nombre d'adhérents comme celui des bénéficiaires pour l'année 2020 suit une tendance décroissante. Avec une variation de 0,67% à 0,26% pour les adhérents et de 0,59% à 0,15% pour les bénéficiaires. Ce là peut s'expliquer par l'effet de la pandémie pendant le 2<sup>ème</sup> trimestre.

Tableau 7: adhérents et bénéficiaires de la MSCZ en 2020

		<b>Trimestre 1</b>	<b>Trimestre 2</b>	<b>Trimestre 3</b>	<b>Trimestre 4</b>	
<b>Nombre d'adhérents</b>	Hommes	30	11	20	15	
	Variation en %		0,63	0,82	0,25	
	Femmes	42	13	33	24	
	Variation en %		0,69	1,54	0,27	
	Total	72	24	53	39	
	Variation en %		0,67	1,21	0,26	
	<b>Nombre de bénéficiaires</b>	Hommes	105	37	90	77
		Variation en %	0,65	1,43	0,14	1,00
Femmes		156	70	128	109	
Variation en %			0,55	0,83	0,15	
	Total	261	107	218	186	
	Variation en %		0,59	1,04	0,15	

Source : MSCZ, novembre, 2021

Par ailleurs pendant le 3<sup>ème</sup> trimestre il y avait le confinement qui était là. Ainsi, les sensibilisations ne se tenaient plus, ils y avaient même des mutuelles qui ont fermé pour quelque temps et les gens avaient peur d'aller dans les structures sanitaires. Cette difficulté de recouvrement se traduit aussi par des retards au niveau des cotisations. En effet, un nombre important des membres ont contracté des arriérés dans leurs cotisations (Voir tableau 3).

Par rapport aux adhésions notre enquête a montré qu'il y a un déficit d'informations et de sensibilisation. Nos interlocuteurs de manière générale ont affirmé avoir entendu parler de la MS ou avoir adhéré, mais beaucoup ne savent pas ce qu'elle est réellement, les avantages ou

les prestations de services qu'elle offre, ni les modalités. De plus, certains d'entre eux n'ont pas la bonne information. Par exemple, certains sous-délégués de quartier avec qui nous sommes entretenus restent limités par rapport à la connaissance de la MS ; ce qui les empêche de jouer efficacement leur rôle de relais communautaire, et de faire passer l'information aux populations dans les quartiers. Or, la connaissance de ce qu'est une MS est une des bases, voire constitue une condition pour l'adhésion et le renouvellement pour les membres. Le manque de sensibilisation relatif à la MS constitue donc, un frein non négligeable à l'adhésion.

Tableau 8 : état des cotisations selon le statut en 2020 de la MSCZ

		<b>Trimestre 1</b>	<b>Trimestre 2</b>	<b>Trimestre 3</b>	<b>Trimestre 4</b>
<b>Nombre actuel d'adhérents classiques</b>	Homme	53	39	103	64
	variation en %		26%	164%	38%
	Femme	69	47	167	136
	variation en %		32%	255%	19%
	Total	122	86	270	200
	variation en %		30%	214%	26%
<b>Nombre actuel de bénéficiaires classiques</b>	Homme	172	117	373	265
	variation en %		32%	219%	29%
	Femme	261	176	590	298
	variation en %		33%	235%	49%
	Total	433	293	963	563
	variation en %		32%	229%	42%

Source : MSCZ, novembre, 2021

On voit aussi dans ce tableau un net retard des cotisations au trimestre 2 si on prend en compte les adhérents et pour les bénéficiaires aussi. Cela s'explique pour ce trimestre de l'effet du confinement et des conséquences économiques de la pandémie à coronavirus. Car un bon nombre des membres étaient inactifs. Cependant, cette évolution peut s'expliquer du fait qu'un bon nombre de bénéficiaires de la population de la commune de Ziguinchor n'ont pas la culture mutualiste ou de prévoyance. En effet, ils attendent à ce que la maladie survienne pour chercher à se soigner alors que les mutuelles sont là comme système de prévoyance ou de solidarité pour les populations les plus démunies. Aussi, les croyances locales constituent une entrave à l'adhésion aux MS car pour certaines personnes, s'inscrire à une mutuelle (prévoyance) c'est attirer la maladie. Elles préfèrent s'inscrire dans une logique curative (se soigner quand elles sont malades) plutôt que d'être dans la logique de prévoyance.

### 5.3.1.5 Les dettes envers les structures sanitaires

Les difficultés des mutuelles de santé de Ziguinchor se traduisent par une dette élevée auprès des structures de santé. Le tableau 4 suivant montre qu'en 2021, la MSCZ a contracté une dette d'un montant de **7.677.564 CFA**. En effet, cette dette peut s'expliquer du fait que l'Etat pour les subventions (contrepartie) à un retard de paiement de 3 ans et la majeure partie de ces dettes sont des dettes de la prise en charge des indigents à savoir les 100%.

Tableau 9 : dettes de la MSCZ envers les structures sanitaires de Ziguinchor en 2021

<b>Trimestre 1</b>		<b>Montant en FCFA</b>
<b>Dettes de prestations</b>	Postes de santé	2 052 541
	Centres de Santé	3 423 760
	Officines privées (Pharmacies)	0
	TOTAL Dettes de prestations	<b>5 476 301</b>
<b>Trimestre 2</b>		
<b>Dettes de prestations</b>	Postes de santé	448 159
	Centres de Santé	0
	Officines privées (Pharmacies)	56 802
	TOTAL Dettes de prestations	<b>504 961</b>
<b>Trimestre 3</b>		
<b>Dettes de prestations</b>	Postes de santé	451 118
	Centres de Santé	0
	Officines privées (Pharmacies)	424 439
	TOTAL Dettes de prestations	<b>1 696 302</b>

Source : MSCZ, novembre, 2021

Pour les deux autres mutuelles elles n'ont pas de dette car ne prenant pas en charge de enrôlés (MSURSY). Pour cette dernière, elle prend en charge tous les frais de la prise en charge sans attendre l'Etat en attendant que les subventions arrivent et elle a comme bénéficiaires les classiques et la CMU élève. Et pour la MSACZ, elle a un système de prépaiement qu'elle assure et pu pour elle ses bénéficiaires sont seulement les classiques.

### 5.3.2 Les difficultés rencontrées par les bénéficiaires dans la commune de Ziguinchor

La MS fonctionne selon une certaine rigueur administrative qui fait que pour prétendre accéder aux prestations qu'elle fournit, il faut respecter certains critères. En effet dans cette partie allons évoquer les différentes difficultés rencontrées par les adhérents et bénéficiaires des mutuelles dans la commune de Ziguinchor.

Par exemple : la période d'observation, la non prise en charge des médicaments des maladies chroniques, la non pratique de la portabilité et le système des références.

### **5.3.2.1 La période d'observation**

Comme dans toute structure mutualiste ou assurantielle, il est demandé aux bénéficiaires de la mutuelle de santé de pratiquer une période d'observation avant de pouvoir bénéficier des prestations de services de la MS. La période d'observation est la période où le nouvel adhérent ou bénéficiaire de la mutuelle de santé remplit toutes les formalités fixées sans pour autant bénéficier des prestations de services de la mutuelle. Cette période d'observation, est d'un mois pour les personnes ayant opté pour une cotisation annuelle.

L'application de cette période d'observation n'est pas venue au hasard. Elle constitue un garde-fou pour minimiser le risque de « sélection adverse », c'est à dire, pour décourager du moins les comportements des personnes qui attendent d'être malade pour adhérer à la MS alors qu'elles avaient la possibilité de le faire avant, dans la mesure où, une mutuelle ne doit pas être constituée uniquement de malades ou plus de personnes ayant constamment besoin de soins. En effet, cela risque de menacer sa viabilité financière.

En fait, notre enquête a révélé que si certains bénéficiaires de la MS viennent adhérer pour prévenir un risque sanitaire, pour d'autres, c'est parce qu'ils sont déjà malades et qu'ils ont besoin de soins de santé à court ou à moyen terme. Cela transparaît aussi dans la réponse que certains ont donnée à propos du moment de l'adhésion à la MS, pour eux, quand on est en bonne santé, on n'a pas besoin d'une mutuelle, ce qui compromet le principe même de la MS. Ce sont des opportunistes de la mutuelle de santé et dans son ensemble de la CMU.

La présidente d'une mutuelle de santé affirme à ce propos :

« La majeure partie des bénéficiaires viennent adhérer ou renouveler quand ils sont malades et lors qu'ils retrouvent la santé c'est fini vous ne leur verrez plus. Et même si vous leur appeliez pour venir renouveler, ils ne viendront pas c'est pourquoi on a opté pour la période d'observation ». (Présidente d'une mutuelle de santé à Ziguinchor). C'est le cas d'un bénéficiaire de la mutuelle de la commune qui avait contracté un retard de trois (3) ans et qui est venu pour renouveler son carnet. Après avoir renouvelé son carnet, il pensait qu'il doit commencer à bénéficier du carnet. Cela n'était pas le cas et ce dernier commença à déconner.

« Je suis venu renouveler et je vous ai donné tout ce que vous m'avez demandé et pourquoi je ne peux pas amener mon carnet avec moi. Je dois me rendre à l'hôpital le mercredi pour une radio et si je n'amène pas mon carnet, je ne serais pas en mesure de payer les frais de mes soins ». (D. B, retraité, bénéficiaire de la MS).

Pour ce dernier, on doit commencer à bénéficier du carnet au moment où on a rempli toutes les conditions. La période d'observation n'a pas sa raison d'être.

Bien vrai qu'il existe des bénéficiaires ayant mesuré et vu l'utilité de la MS dans l'accès aux soins, ils continuent à cotiser d'autant que la cotisation est annuelle et à en croire un de nos interlocuteurs

« Est-ce qu'il existe dans ce monde une personne qui reste une année ferme sans se plaindre d'une quelconque maladie ? Je ne crois pas, et même s'il y en a, c'est très rare. Donc, il faut adhérer pour prévenir la maladie qui viendra » (un de nos interlocuteurs).

Si l'attitude consistant à procéder à une « sélection adverse » de ceux qui doivent prioritairement affilier à la MS selon les ressources disponibles relève d'une stratégie, la MS a elle aussi élaboré une stratégie pour contrer ou décourager cette pratique. On se retrouve dans une situation de stratégie et contre stratégie. Une telle initiative a été prise. Partant de ce constat :

« Nous nous sommes rendu compte durant nos enquêtes que, les personnes qui ont adhéré dans la mutuelle, elles sont venues individuellement et c'était des personnes malades » a déploré l'enquêté.

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

### 5.3.2.2 La non prise en charge des médicaments des maladies chroniques

L'Afrique est en train de connaître une transition épidémiologique avec une régression de certaines maladies infectieuses qui ont tendance à laisser la place aux maladies chroniques et dégénératives comme le diabète, l'hypertension artérielle, les accidents cardiovasculaires (AVC), les cancers, etc. En fait, ce sont des maladies coûteuses en matière de traitement (administration fréquente de médicaments, analyses, bilans ou examens à faire souvent) et le traitement est à long-terme compte tenu de leur caractère pérenne.

Rien que les diabétiques, « approximativement, il y aurait entre 200.000 et 300.000 diabétiques au Sénégal. Sur cent malades, il y a en moyenne 90 sujets adultes. Mais 10% des sujets souffrent du diabète des enfants » (Atchadé F. , 2013, p. 212). Ce nombre de diabétiques qu'enregistre le Sénégal est énorme, ce qui nous permet de mieux saisir rien que l'ampleur de ce phénomène. Or, les médicaments des pathologies chroniques sont exclus du paquet de soins offert aux bénéficiaires de la mutuelle de santé. En effet, les raisons de cette cause sont doubles. L'une des raisons invoquées est que les médicaments des maladies chroniques, en tout cas certains d'entre eux, sont déjà subventionnés par l'État. Ce qui fait que les prendre en charge reviendrait à les subventionner doublement. Une autre raison est due au coût de ces médicaments.

La justification évoquée est que si on prend en compte les fonds limités des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor, les prendre en charge risque de mettre ces dernières en péril. Par ailleurs, pour certains administrateurs, cette possibilité (la prise en charge de ces médicaments) est envisageable peut être dans l'avenir une fois que les mutuelles auront plus de fonds disponibles, ce qui suppose plus de bénéficiaires. Cependant, quoiqu'il en soit, cet état de fait engendre des frustrations allant des prestataires de soins aux populations. Selon S.B. (bénéficiaire d'une mutuelle) :

« Les médicaments des maladies chroniques sont les médicaments les plus chers des médicaments. Donc, si les mutuelles se permettent de ne pas prendre en charge ces médicaments ce n'est pas la peine. Là, ça ne vaut plus parce que quand on a ce genre de maladie, c'est une maladie qui est à vie. Si tu as une mutuelle qui ne prend pas en charge ces médicaments-là, alors que tu en as besoin constamment, ça c'est un problème qu'on devrait revoir vraiment » (S.B bénéficiaire d'une mutuelle).

Ce bénéficiaire souligne le potentiel caractère de simultanéité des maladies chroniques, par exemple, le diabète et la tension qui vont souvent ensemble comme on peut l'entendre dans les

avis des uns et des autres. En effet, Beaucoup de personnes appréhendent ces maladies à cause du coût qu'elle entraîne en matière de soins de santé mais aussi de régime alimentaire. Ainsi, le fait d'exclure la prise en charge de ces médicaments dans le cadre de la mutualité est une chose que l'Etat et les mutualistes devraient revoir. Un bénéficiaire dont l'épouse est décédée suite à un diabète dit à ses propos :

« C'est surtout les personnes qui souffrent de ces maladies-là qui doivent être appuyées. Ce sont les maladies les plus fréquentes. En effet, c'est la non prise en charge de ces médicaments qui décourage la majeure partie des bénéficiaires, comme moi à renouveler. Vous devriez plutôt nous aider même si ce n'est pas à moitié mais juste faire quelque chose pour les gens souffrants de ces maladies. Mais vous dites que vous aidez les gens en prenant en charge que les petites maladies. Ce n'est pas de l'aide ça, il faut prendre tout si vous décidez d'aider surtout ce qui est nécessaire » (un bénéficiaire veuf).

Tout comme ce dernier bénéficiaire, beaucoup de personnes trouvent cela comme une limite considérable des mutuelles de santé. La MS, pour elles, privilégie certaines maladies et ce sont les moins coûteuses alors que les plus lourdes en termes de coût pour les populations et les plus fréquentes sont laissées à la charge des bénéficiaires des mutuelles. Compte tenu de cette situation, la MS telle qu'elle est perçue, passe quelque part à côté de sa raison d'être à savoir aider les populations à se soigner à moindre coût. Ainsi, la non prise en charge des médicaments des pathologies chroniques constitue un frein à l'adhésion pour certaines populations.

Cependant, il faut continuer le travail de sensibilisation par rapport au paquet de prestations offertes, c'est à dire, ce que la mutuelle prend en charge et ce qu'elle ne prend pas. Il faut bien éclaircir cela aux adhérents de la mutuelle au moment de leur adhésion, car cet aspect reste méconnu pour la majeure partie de la population et même certains prestataires de soins ignorent que les mutuelles ne prennent pas en charge de tels médicaments. Par ailleurs certaines personnes pensent que les maladies chroniques ne sont pas prises en charge alors que ce sont les médicaments de ces pathologies qui ne le sont pas.

### **5.3.2.3 La non pratique de la portabilité**

La prise en charge sanitaire des bénéficiaires par les mutuelles de santé à Ziguinchor est une prise en charge communale pour la MSURSY et la MSCZ et pour la mutuelle des acteurs culturels, la prise en charge est régionale ou départementale. Cependant pour la majeure partie des bénéficiaires n'apprécient pas vraiment cette couverture. En effet, aujourd'hui la mobilité est un fait qui est fréquent et la maladie ne connaît si tu t'es déplacé ou pas.

C'est donc, un facteur qu'on doit prendre en compte. Car, un bon nombre des bénéficiaires déclarent ne pas avoir renouvelé par ce qu'ils n'étaient pas dans la commune c'est à dire qu'ils étaient en voyage. Comme le dit un bénéficiaire de 42 ans :

« Je n'ai pas renouveler car j'étais en voyage et que si je renouvelle ça n'allait pas me servir par ce que j'étais loin de la commune de Ziguinchor alors que le carnet est communal » (Bénéficiaire de 42 ans)

Cette même idée se retrouve chez un autre bénéficiaire de 37 ans qui dit que :

« Si le carnet ne peut être utilisable que seulement dans la commune, à quoi ça sert de renouveler. Pour moi si le carnet est à jour, il doit être utilisable partout au Sénégal car aujourd'hui tous les jours les gens bougent et la maladie n'attend pas que tu reviens pour qu'il arrive ». (Bénéficiaire de 37ans).

#### **5.3.2.4 Le bulletin de référence**

Le bulletin de référence est un document qui suit la logique du respect de la pyramide sanitaire. En effet, il entre dans le cadre du système de référence et de contre référence des structures de santé avec une promotion des SSP (Diatta, 2016, p. 109). Le bulletin de référence exprime les besoins sanitaires du patient référé et constitue à la fois un document stratégique parce qu'il permet de réguler le flux des patients dans les structures sanitaires, donc constitue un moyen de pallier contre les facteurs de contreperformance qu'engendre par exemple l'engorgement des structures sanitaires. Or, cet engorgement affecte la qualité du service puisqu'il nuit la fluidité du travail et surcharge le personnel soignant. Quoique le patient soit libre d'aller se faire consulter dans la structure de son choix, le patient bénéficiaire de la mutuelle est tenu de respecter la pyramide sanitaire. Le problème ne se pose pas entre le niveau PS et CS, mais entre le CS et le Centre Hospitalier Régional (CHR). Avant de se rendre au CHR ou hôpital régional pour une consultation ou pour faire des analyses ou examens, le patient doit aller d'abord au CS, ou bien à la MSURSY chercher le bulletin de référence au risque de ne pas être accepté au CHR (niveau supérieur).

Par exemple, il y a des personnes qui sont suivies par des spécialistes au niveau supérieur que les prestataires de soins du CS eux-mêmes ont référé à ce niveau, maintenant avec la mutuelle, on leur demande de faire « marche arrière ». S'ils ont des analyses à faire, ils doivent repartir au niveau de leur mutuelle de santé pour qu'on leur fasse un bulletin de référence.

Par ailleurs, ce système de référence obligatoire permet de réduire le « risque moral ». Cependant, cette procédure doit être revue dans son application. En effet pour les patients cette procédure ne leur fait que perdre du temps (beaucoup de va et vient) et de coût (si la personne doit prendre les transports publics) et ça retarde l'accès aux soins. Ainsi, les mutuelles manquent d'organisation comme le dit un bénéficiaire :

« C'est un coût de plus, c'est de nous fait faire de dépenses intitules. Pour moi ces références doivent être dans les structures sanitaires et non au niveau des mutuelles de santé. C'est juste pour nous faciliter la tâche. On doit trouver un autre moyen ».

Cette même idée se retrouve chez un bénéficiaire (bénéficiaire BSF de la MS) :

« C'est vraiment décourageant, ça nous fatiguent et surtout si tu es souffrant ou bien âgé. Dès fois si tu n'as pas d'argent, tu es obligé de rentrer chez toi, ensuite repartir à la mutuelle pour aller à l'hôpital qu'on t'a référé. S'il pouvait tout simplement accepter le carnet, ou si tu le présentes c'est ok, ça allait beaucoup nous soulager ».

Le bulletin de référence accroît le temps entre la demande de soins de santé et l'accès à trois niveaux : PS, CS, CHR. Ainsi, face à cette situation, après évaluation des coûts de part et d'autre, une des solutions consiste à payer les soins de santé de sa propre poche s'ils sont supportables, c'est à dire, moins chers. C'est le constat du gérant des bureaux des entrées de l'hôpital de la paix, qui pense que cette situation doit être revue :

« C'est pourquoi certains patients quand ils sont fatigués, ils préfèrent payer eux même leurs ordonnances que de repartir jusqu'à la mutuelle pour une simple référence. Ils disent qu'ils sont fatigués de faire va et vient, ils préfèrent payer. Des sommes de 2 000 francs ou 3 000 francs, ils préfèrent payer ça eux-mêmes que de faire les vas et vient » (gérante des bureaux des entrées de l'hôpital de la paix).

Il est envisagé de mettre en place au niveau des hôpitaux un point focal qui va se charger de ça.

### **5.3.3 Les difficultés rencontrées par les structures de santé**

Les structures sanitaires de la commune de Ziguinchor sont confrontées à des difficultés dont nous présenterons ici quelques-unes :

#### **5.3.3.1 Le manque d'équipements**

Les structures de santé dans la commune de Ziguinchor manquent essentiellement d'équipements. En effet, la prise en charge des populations pose problème comme l'affirme le

directeur de ressources humaines d'un hôpital à Ziguinchor et le médecin chef de poste d'un poste de santé :

« Ici, on note le manque de matériel d'échographie, d'ambulances et le sous équipement des laboratoires d'analyse malgré l'investissement (lits, appareils de réanimation) public effectué en 2020 dans la cadre de la riposte contre la COVID-19 ».

#### **5.3.3.2 L'insuffisance du personnel spécialisé**

Ce problème est soulevé dans nos entretiens avec les agents dans la plupart des structures sanitaires. Par exemple, dans les hôpitaux (Régional et de la Paix), on note un déficit de spécialiste en réanimation, en neurochirurgie et en anesthésie pédiatrique.

#### **5.3.3.3 L'insuffisance des médicaments**

Le stock de médicaments dans les pharmacies des postes de santé, des hôpitaux et des centres de santé est souvent en rupture, impactant négativement sur la prise en charge de qualité des besoins en soins de santé. Les patients doivent acheter une grande partie de leurs médicaments dans les pharmacies privées.

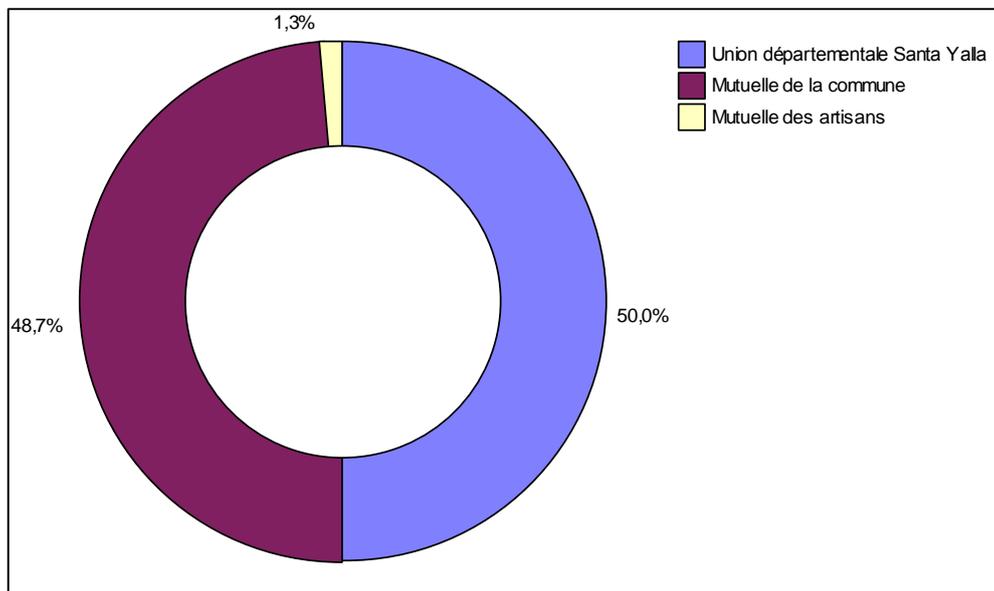
## CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES EMPIRIQUES

Ce chapitre est consacré à l'analyse et interprétation des données de terrain. Il va faire ressortir à travers les informations recueillies par le moyen des entretiens et du questionnaire auprès de nos enquêtés, les caractéristiques de la population d'étude, leur perception et connaissance de l'organisation et du fonctionnement des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor.

### 6.1 Caractéristiques de la population d'étude

Notre étude a concerné les bénéficiaires de trois mutuelles de santé à Ziguinchor. Le graphique 1 suivant montre la répartition des enquêtés par mutuelle. On y observe une très forte présence (98,7%) des deux principales mutuelles (MSURSY et de la MSCZ).

Graphique 1: répartition de l'échantillon selon le type de mutuelles de santé

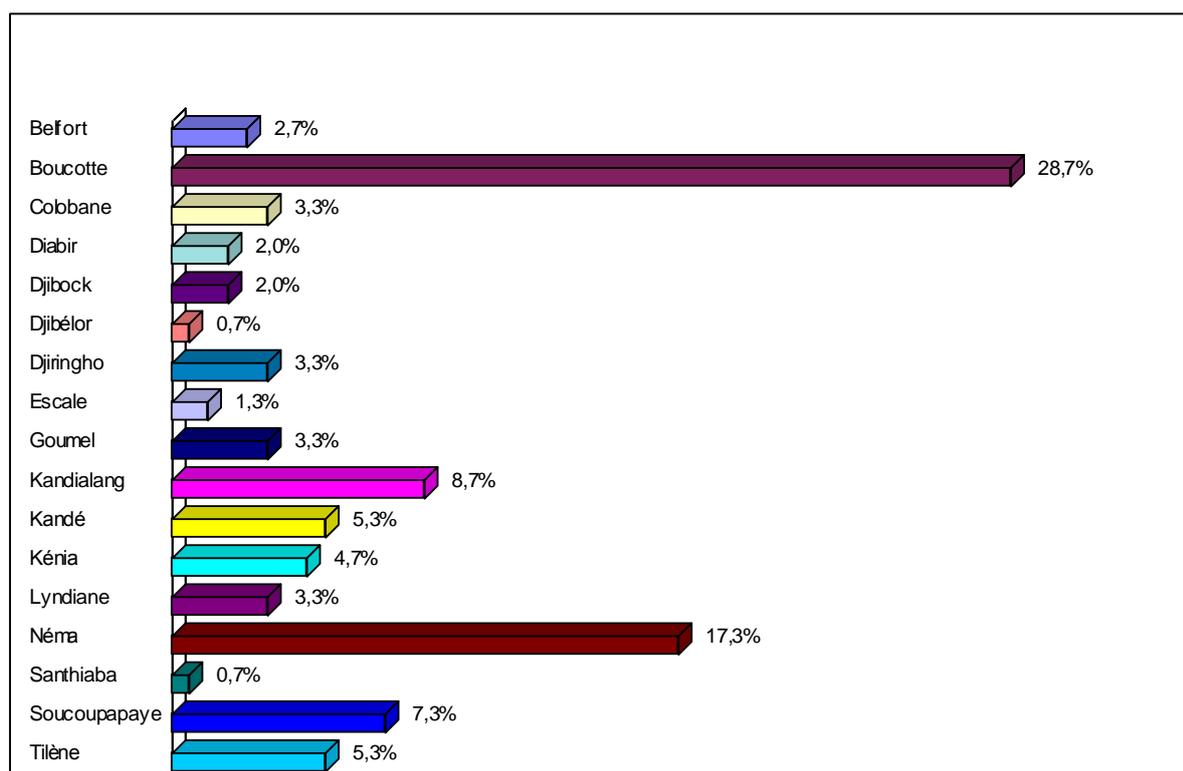


Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Par ailleurs dans cette sous partie, nous nous intéressons aux caractéristiques suivantes de l'enquêté pour mieux présenter notre échantillon : sexe, âge, résidence, niveau d'instruction, situation matrimoniale, le nombre d'enfants, les personnes en charge et la profession.

Premièrement, les personnes enquêtées résident dans presque toute la commune de Ziguinchor. En effet, sur les 26 quartiers, nous avons trouvé des individus résidants dans 17 quartiers. Parmi les quartiers les plus représentés dans notre échantillon, nous pouvons citer : Boucotte (28,7%), Nema (17,3%), Kandialang (8,7%).

Graphique 2: répartition de l'échantillonnage selon le quartier de résidence

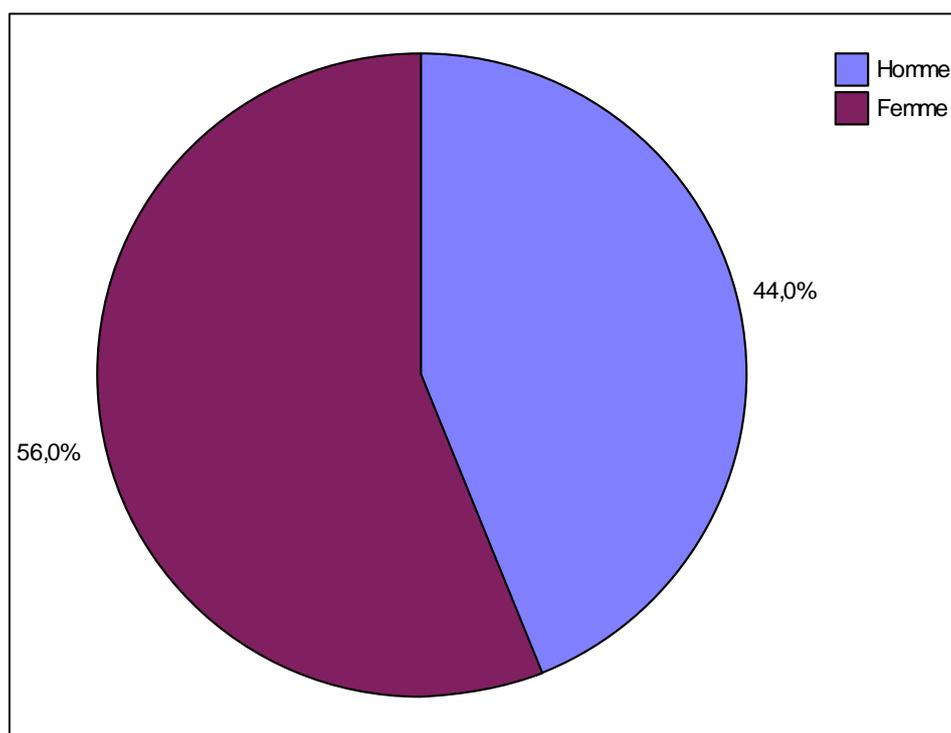


Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Il faut dire que ces quartiers sont par excellence des zones historiques qui font parties des quartiers les plus populaires et périphériques de la commune de Ziguinchor. Aussi la présence d'une mutuelle de santé (MSURSY) explique en bonne partie leur effectif dans notre échantillon.

Deuxièmement, nous notons une prédominance du sexe féminin qui représente 56% contre 44% pour le sexe masculin (graphique 3). En effet, les hommes enquêtés ne viennent pour la majeure partie que s'ils sont malades ou bien s'ils viennent chercher une référence et rare ceux qui viennent pour adhérer ou renouveler. En revanche, les femmes s'occupent de leur santé et des autres dans le ménage. Cette prédominance féminine peut être expliquée par le fait que ce sont les femmes qu'on rencontre le plus souvent à l'hôpital, c'est elles qui s'occupent de tout ce qui est santé dans la famille (rôle de care) (Mbugua, 1999, pp. 195-220) ; le plus souvent, c'est elles qui, amènent les membres de famille s'ils sont malades pour se faire soigner. Ce que certains ont appelé « le désengagement des pères » (Bop, 1996, p. 134) .

Graphique 3: répartition de l'échantillon selon le sexe des enquêté (es)



Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Aussi, la précarité des emplois et la diminution du pouvoir fait que bon nombre de chefs de familles ne sont plus en mesure d'assumer toutes les responsabilités familiales. Dans ce cas-là, c'est à la femme que revient certaines charges de la famille, y compris celles relatives à la prise en charge sanitaire des membres du ménage. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les propos de S. D, une veuve de 47 ans lorsqu'elle affirme :

« Les maris n'assument plus leurs responsabilités dans la famille. J'ai toujours eu en charge l'essentiel des besoins de mes enfants, même lorsque leur père était en vie. Si on a une famille qui dépend que de nous, alors que nous avons que de maigres ressources, une aide dans le cadre de la santé ne peut être que bonne ». (S. D, une veuve de 47 ans).

La forte présence des femmes dans notre échantillon (60% pour la MSURSY et 52,1% pour la MSCZ) (tableau 10), peut s'expliquer aussi du fait que dans l'une des mutuelles à savoir celle de Union Régionale Santa Yalla est une association de femmes ou les adhérents sont en majorité des femmes.

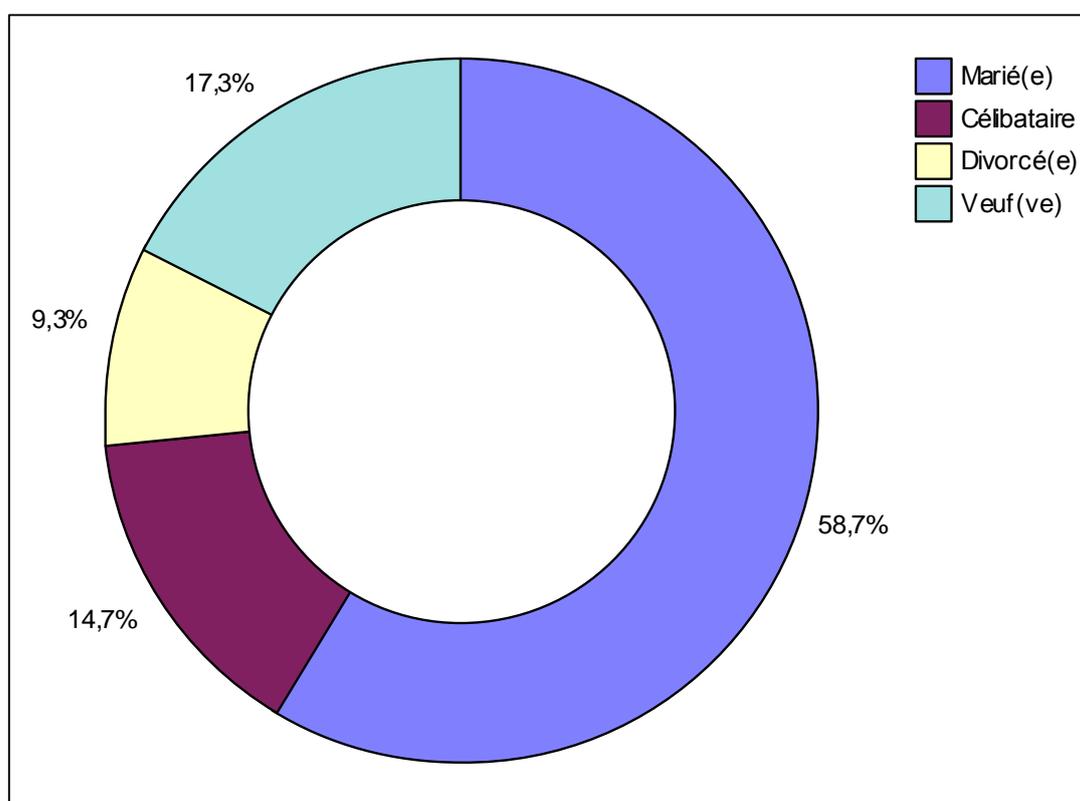
Tableau 10: répartition de l'échantillon selon le sexe de l'enquêté et le type de mutuelle

Sexe/Mutuelles	MSURSY	MSCZ	MSACZ	TOTAL
<b>Homme</b>	40,0%	47,9%	50,0%	44,0%
<b>Femme</b>	60,0%	52,1%	50,0%	56,0%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Troisièmement, le statut civil des bénéficiaires enquêtés révèle un pourcentage important de mariés (58,7%). Les autres sont faiblement représentés dans l'échantillon (17,3% veuf (ve), 14,7% célibataires, et 9,3% divorcés) (graphique 4).

Graphique 4: répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale



Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Le taux élevé de mariés dans les mutuelles s'explique par le fait que ce sont les chefs de ménages qui adhèrent et prennent en charge les membres de la famille dans leurs carnets. Les mariés ont plus de responsabilités, comme le dit une actrice de la mutualité santé à Ziguinchor :

« Ce sont les mariés qui adhèrent le plus car ils ont plus de responsabilité ; ils sont appelés partout dans les charges familiales. Ils sont donc, obligés de venir s’inscrire à la mutuelle pour un peu alléger leurs charges. Parlant des veufs (ves) aussi, c’est la charge qui est devenue plus lourde surtout chez les veuves car des fois elles sont seules à s’occuper du ménage. Pour les célibataires, ils viennent peu car des fois ils ont une assurance ailleurs ou peuvent se prendre en charge personnellement car ils sont libres et n’ont pas de grandes charges ». (R.D, Présidente d’une mutuelle de santé).

Par ailleurs, la situation familiale des enquêtés démontre l’étendue élargie de la taille des ménages avec un minimum de 0 enfant et un maximum de 13 enfants. Le nombre moyen d’enfants est de 4,01. En fait, la répartition selon le nombre d’enfants montre que la majorité des ménages (28,7%) a 4 enfants. La part des ménages ayant 4 à 6 enfants est de 22,7% et celle de ceux qui ont moins de 2 enfants est de 21,3%. Au-delà de 8 enfants, le pourcentage des enquêtés devient faible (inférieur à 10%) (Voir tableau 11).

Tableau 11: répartition de l’échantillon selon le nombre d'enfants

<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 2,00	32	21,3%
De 2,00 à 4,00	43	<b>28,7%</b>
De 4,00 à 6,00	34	22,7%
De 6,00 à 8,00	24	16,0%
De 8,00 à 10,00	10	6,7%
De 10,00 à 12,00	1	0,7%
12,00 et plus	6	4,0%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Aussi, l’étude du lien entre la situation matrimoniale et le nombre d’enfants (tableau 12) montre que les veufs (ves) ont plus d’enfant (06 enfants). Les bénéficiaires célibataires n’ont pratiquement pas d’enfants (0,32), contrairement aux divorcé (es) et les marié (es) (4 enfants). Le statut influe sur le nombre d’enfants de même que la durée des unions.

Tableau 12 : répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Nombre moyen d'enfants</b>
Marié(e)	4,05
Célibataire	0,32
Divorcé(e)	4,14
Veuf (ve)	6,96
<b>TOTAL</b>	<b>4,01</b>

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Il faut dire qu'au « Sénégal, les naissances hors mariages sont peu fréquentes comparée à la France dans la mesure où la société sénégalaise, de tradition musulmane et catholique, a une conception plutôt négative des naissances hors mariages. La fécondité doit se réaliser dans le cadre du mariage. Par ailleurs, le taux de fécondité des hommes varie selon le milieu de résidence (rural et urbain), le groupe ethnique, les croyances (religions), les pratiques culturelles (polygamie), le niveau d'instruction, et surtout selon l'âge » (Diallo A. M., 2014, p. 143).

En plus des enfants biologiques déclarés, plus de la moitié des bénéficiaires (57,3%) interrogés ont déclaré avoir d'autres personnes en charge en plus de leurs enfants.

Quatrièmement, concernant l'âge des individus enquêtés, le tableau 13 en dessous montre qu'ils ont majoritairement entre 30 et 60 ans avec une moyenne d'âge de 45 ans. L'individu le plus âgé a 76 ans et le moins âgé, a 20 ans.

Tableau 13: répartition de la population par classe d'âge

<b>Age</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
De 20 à 30	21	14,0%
De 30 à 40	36	24,0%
De 40 à 50	35	23,3%
De 50 à 60	35	23,3%
60 et plus	23	15,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Une lecture du tableau précédent montre que notre échantillon est composé en majorité d'adultes (70,6%) âgés entre 30 et 60 ans avec une faible présence des jeunes de 20 à 30 ans (14%). Suivis des enquêtés qui ont 60 ans et plus avec un pourcentage de 15%.

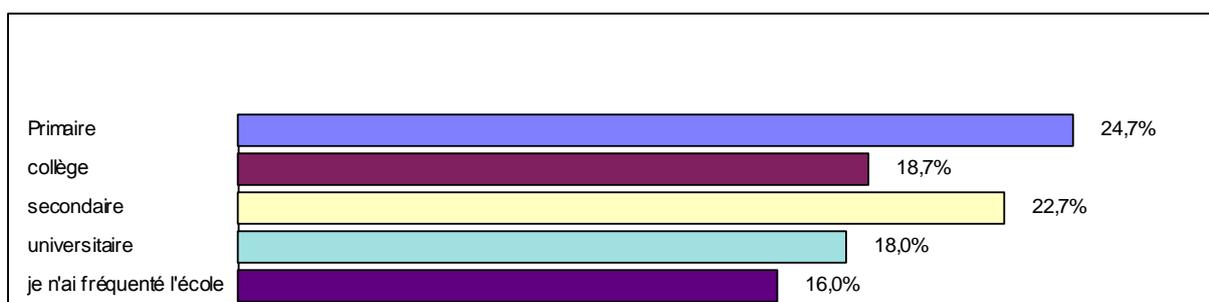
Pour expliquer cette situation l'on peut dire que ces adultes sont des responsables de famille et pour la majorité ce sont eux qui prennent en charge les besoins de la famille. D'ailleurs, notre population cible est constituée uniquement d'adultes (+18 ans).

Pour ce qui concerne la présence des personnes âgées de plus de 60 ans, il faut dire que ce sont souvent des personnes du troisième âge bénéficiaire de la bourse de sécurité familiale et qui sont enrôlées dans les mutuelles. En fait, au Sénégal, à cet âge on sait que l'individu a une santé fragile et est très souvent exposé aux maladies chroniques ou dégénératives (Ka, et al., 2017). En cet âge, très souvent, il n'a vraiment pas la force ni les moyens de se prendre en charge. Donc le plus souvent, il s'inscrit dans une mutuelle pour se faire prendre. C'est dans ce sens qu'un enquêté de 62 ans affirme :

« Quand on commence à prendre de l'âge, des maladies comme la tension ou le diabète, apparaissent. C'est pourquoi vous me voyez venir renouveler mon carnet ». (L. K. 62 ans, retraité).

Cinquièmement, s'agissant du niveau d'instruction des enquêtés, le graphique 5 suivant montre que les personnes rencontrées sont généralement peu ou pas du tout instruites.

Graphique 5: répartition de l'échantillon selon niveau d'instruction



Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Parmi les bénéficiaires interrogés, 24,7% n'ont pas atteint le niveau collège, 18,7% n'ont pas atteint le niveau secondaire et 22,7% n'ont pas atteint le niveau universitaire, et seul 18% ont atteint le niveau universitaire. Pourtant, au niveau de Ziguinchor, le taux de scolarisation est le plus élevé du pays (90%) (ANSD, 2020). Mais, dans la prise en charge, le niveau d'instruction de l'adhérent ou du bénéficiaire n'est pas pris en compte.

La majorité de ces derniers n'est pas resté longtemps à l'école. Ici ce sont les gens conscients de leur santé et qui veulent se prévenir en cas de maladie qui y adhèrent, comme le dit un secrétaire d'une mutuelle de santé à Ziguinchor dans l'extrait suivant :

« Nous ici c'est le grand nombre qui nous intéresse et que d'ici peu que tout le monde ait un accès facile à la santé avec des soins de qualité et à moindre coût. Pour être adhérent ou bénéficiaire, nous ne demandons pas le niveau d'instruction, il ne fait pas partie de nos modalités dans l'adhésion. Si on le prenait en compte, un bon nombre de la population sera laissé en rade. Nous ne faisons pas de discrimination. On est là pour la communauté et pour tout le monde d'ailleurs ». (D. D, secrétaire d'une mutuelle de santé à Ziguinchor).

Nous voyons donc à travers cet extrait que c'est le développement de la mutuelle de santé qui compte et non la considération de caractéristiques socio démographiques.

Sixièmement, une nette majorité de nos enquêtés évoluent dans le secteur de l'informel. En effet, nous pouvons noter dans le tableau 14 suivant, que près d'un enquêté sur quatre (24%) était sans emploi. Ensuite, 20% sont des commerçants et 10,7% d'employés du secteur privé. Les autres sont respectivement dans les catégories suivantes (Etudiant/Elève, Agent de santé, Retraité, Tailleur, Chauffeur, Enseignant, Paysan.

Tableau 14: répartition de l'échantillon selon l'activité professionnelle

<b>Activité professionnelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans emploi	36	24,0%
Commerçant	30	20,0%
Employé des établissements privés	16	10,7%
Etudiant/Elève	13	8,7%
Agent de santé	12	8,0%
Retraité	10	6,7%
Tailleur	9	6,0%
Chauffeur	7	4,7%
Enseignant	6	4,0%
Paysan	6	4,0%
Autres	5	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100,0%</b>

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Les sans-emplois rencontrés (24%) sont souvent des femmes au foyer qui s'occupent de la santé des membres du ménage. S'agissant du petit commerce, elle est l'activité la plus répandue chez les enquêtés. Ce secteur occupe 20% des bénéficiaires. Cela se comprend dans la mesure où la MSURSY est essentiellement constituée de femmes commerçantes. De plus, elle accorde des micro-crédits à leurs membres qui s'adonnent souvent au petit commerce au marché ou dans leurs quartiers. Quant aux élèves et étudiants (8,7%), leur présence s'explique par le fait qu'ils sont inscrits par leurs parents qui sont les adhérents (cotisants). Enfin, la présence des employés du privé s'explique par le fait que les mutuelles sont ouvertes à toute la population et y compris les travailleurs du privé (10,7%).

## 6.2 Besoin et recherche de soins dans les ménages de Ziguinchor

Dans cette sous-partie, nous nous intéressons aux besoins de soins de santé dans les ménages pour mieux comprendre le recours aux mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor. D'après les données du terrain (tableau 15), la quasi-totalité (98%) de nos bénéficiaires accorde une importance particulière aux besoins de santé

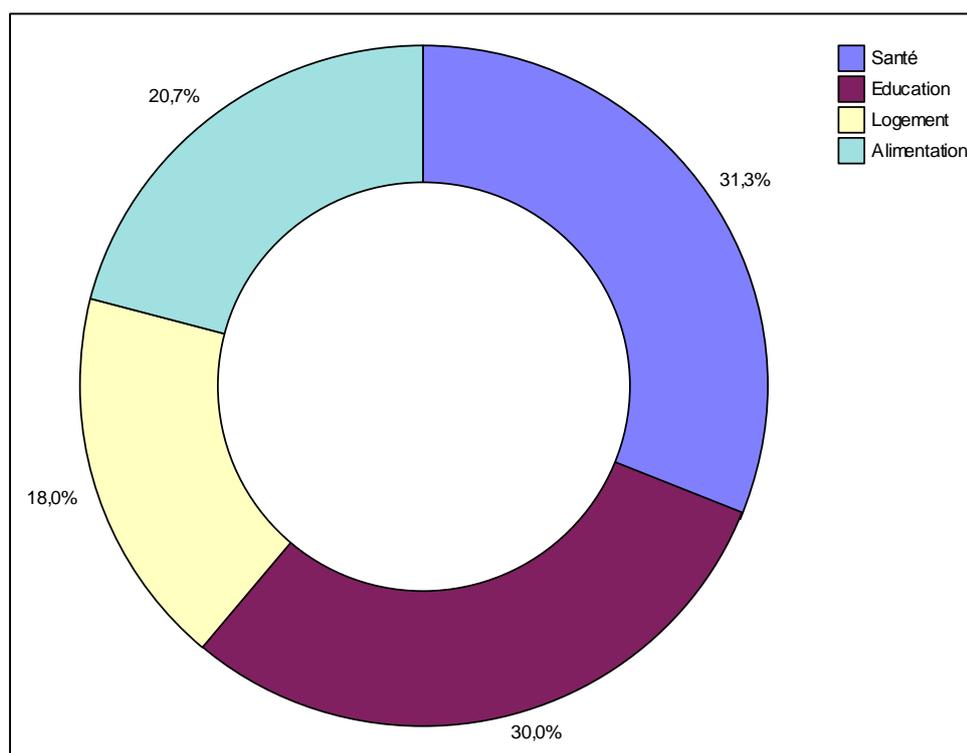
Tableau 15 : répartition de l'échantillon selon l'importance des besoins de santé

<b>Importance des besoins</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Plus d'importance	147	98,0%
Moins d'importance	3	2,0%
Pas d'importance	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Cette importance s'observe notamment au niveau des dépenses accordées à la prise en charge sanitaire dans le ménage. En effet, le graphique suivant renseigne que près d'un enquêté sur trois (31,3%) dépense majoritairement dans le domaine de la santé. L'éducation avec un pourcentage de 30% vient en deuxième position et l'alimentation (20,7%) en troisième.

Graphique 6: répartition de la population selon les dépenses



Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Dans notre échantillon, une analyse selon le genre, montre qu'en matière de dépenses, les femmes sont le plus nombreuses (61,7%) à affirmer investir dans la santé (voir tableau 16)

Tableau 16: répartition de l'échantillon selon le sexe et le type de dépense

Sexe/Domaine de dépenses	Santé	Education	Logement	Autre	TOTAL
<b>Homme</b>	38,3%	44,4%	44,4%	51,6%	44,0%
<b>Femme</b>	61,7%	55,6%	55,6%	48,4%	56,0%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Par ailleurs, la dépense en santé est très importante chez les catégories les plus précaires (sans emplois). En effet, le tableau 17 qui suit montre que sur le sous échantillon d'enquête investissant dans la santé, un quart (25,5%) d'entre eux est sans emploi.

Tableau 17: répartition de l'échantillon selon les dépenses en santé et l'activité socio professionnelle de l'enquêté

<b>Activité professionnelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Agent de santé</b>	4	8,5%
<b>Autres</b>	2	4,3%
<b>Chauffeur</b>	2	4,3%
<b>Commerçant</b>	9	19,1%
<b>Employé des établissements privés</b>	5	10,6%
<b>Enseignant</b>	2	4,3%
<b>Etudiant/Elève</b>	4	8,5%
<b>Paysan</b>	2	4,3%
<b>Retraité</b>	4	8,5%
<b>Sans emploi</b>	12	25,5%
<b>Tailleur</b>	1	2,1%
<b>TOTAL</b>	47	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Cette importance des dépenses sanitaires peut s'expliquer par le fait qu'aujourd'hui, la santé coûte très cher et les populations vont dans les structures sanitaires en cas de problème de santé (Diallo et Diémé, 2021).

Tableau 18: répartition de l'échantillon selon les dépenses en santé et la situation matrimoniale

<b>Dépenses/Situation matrimoniale</b>	<b>Marié(e)</b>	<b>Célibataire</b>	<b>Divorcé(e)</b>	<b>Veuf(ve)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Santé</b>	57,4%	10,6%	12,8%	19,1%	100%
<b>Education</b>	62,2%	17,8%	4,4%	15,6%	100%
<b>Logement</b>	48,1%	14,8%	22,2%	14,8%	100%
<b>Autre</b>	64,5%	16,1%	0,0%	19,4%	100%
<b>TOTAL</b>	58,7%	14,7%	9,3%	17,3%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Dans ce tableau, on voit que les marié (es) dépensent le plus dans la nourriture (64,5%), suivie de l'éducation (62,2%) et de la santé (57,4%). Pour cette catégorie, les dépenses en logement viennent dernière position (48,1%). Viennent ensuite, les veufs (ves) avec 19,4% sur les dépenses du logement, 19,1% santé, suivie de l'éducation 15,6%. Après cette catégorie viennent

les célibataires. Ils dépensent le plus dans l'éducation, vient la nourriture et le logement et la santé en dernière position. L'alimentation est le domaine dans lequel les différentes catégories des bénéficiaires enquêtés dépensent le plus ; sauf pour la catégorie des veufs. On peut dire que la vie est aujourd'hui très chère pour les habitants de la commune de Ziguinchor, comme le fait remarquer une femme mariée enquêtée.

« Parmi les dépenses des domaines cités ici, c'est la nourriture qui me coûte le plus. Surtout si je prends en compte les dépenses quotidiennes. La vie est devenue trop chère et les moyens me manquent. On a augmenté tous les prix des denrées » (Nd. C., femme mariée de 45 ans).

Par ailleurs, si l'on s'intéresse au recours à la mutuelle selon le sexe, nous observons dans le tableau qui suit, que sur les 150 des bénéficiaires enquêtés qui se soignent sans recours à la mutuelle de santé, 59,1% des hommes contre 52,4% des femmes se soignent sans faire recours à la mutuelle de santé.

Tableau 19 : répartition de la population selon le sexe et le recours à la mutuelle de santé

<b>Sexe/Recours à la mutuelle de santé</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Homme</b>	59,1%	40,9%	100%
<b>Femme</b>	52,4%	47,6%	100%
<b>TOTAL</b>	55,3%	44,7%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Cette situation peut s'expliquer par le fait que bon nombre d'hommes travaillent alors que la majorité des femmes ne travaillent pas ou sont des sans-emplois. Comme l'affirme une des enquêtés

« Dès fois, je ne fais pas recours à la mutuelle de santé. Si la maladie survient au moment où j'ai déjà perçu mon salaire, je ne viens pas à la mutuelle pour faire tous ces vas et viens. Car, avec la mutuelle bien vrai qu'elle nous aide mais nous fait perdre beaucoup de temps » (K. S., membre d'une mutuelle de santé à Ziguinchor).

Dans ce même point de vue, un autre enquêté affirme :

« Je n'utilise presque pas mon carnet de la mutuelle, c'est ma femme et les enfants qui l'utilisent. Moi je me soigne de mon propre argent bien vrai que je suis bénéficiaire. Car moi je n'ai pas le temps de faire tous ces raccourcis pour me soigner » (I.S. F., membre d'une mutuelle de santé à Ziguinchor).

Le non recours aux mutuelles pour la prise en charge des frais de santé peut être source de pratique d'automédication chez certaines personnes. Le lien entre le sexe et le recours à l'automédication montre dans ce tableau 20 que les femmes font plus recours à l'automédication que les hommes. Sur l'ensemble des hommes enquêtés, 18,2% des hommes font recours à l'automédication ; tandis que 27,4% des femmes sur l'ensemble des enquêtés font recours à l'automédication. En effet, cela peut s'expliquer par le fait que les femmes n'ont pas de travail garantie et qu'aujourd'hui les hommes se désengagent de leur responsabilité et que c'est la femme qui se débrouille toute seule.

Tableau 20 : répartition de l'échantillon selon le sexe et le recours à l'automédication

<b>Sexe/Recours à l'automédication</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Homme</b>	18,2%	81,8%	100%
<b>Femme</b>	27,4%	72,6%	100%
<b>TOTAL</b>	23,3%	76,7%	100%

**Source** : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Cependant, la pratique de l'automédication peut s'expliquer aussi du fait que certains médicaments sont peu coûteux et sont accessibles sans ordonnance dans les officines privées.

Par contre, il faut savoir que l'automédication n'est pas seulement le recours aux médicaments mais aussi les plantes médicinales (feuilles, racines, écorces, etc.). Cette pratique est en majeure partie affirmée par nos enquêtés. Le discours d'un infirmier chef de poste est une parfaite illustration quand il dit :

« Je suis diabétique, je suis un traitement à l'hôpital. N'empêche, il m'arrive souvent d'utiliser de telles racines ou écorces qui peut aussi guérir ma maladie. (L'infirmier chef de poste).

Pour cette pratique traditionnelle de l'automédication, la plupart des soins sont données à l'intérieur du réseau familial et social. Quand une personne est malade, il y a le groupe organisateur de la thérapie (membres de la famille, les parents proches, voisins, etc.) qui se mobilisent pour proposer des remèdes contre l'affection en cause. En effet chacun d'entre eux est en mesure de lui prescrire une racine, un mélange d'écorces divers pour venir à bout d'une maladie donnée et la plupart du temps on ne fait recours aux spécialistes médicaux que si la maladie devient sérieuse

Tableau 21 : répartition de l'échantillon selon le sexe et les besoins en termes de prise en charge

<b>Sexe/ Besoins en termes de prise en charge</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Homme</b>	90,9%	9,1%	100%
<b>Femme</b>	91,7%	8,3%	100%
<b>TOTAL</b>	91,3%	8,7%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

La quasi-totalité de nos enquêtés confirment que la mutuelle répond à leurs besoins en terme de prise en charge sanitaire.

### 6.3 Adhésion et recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux adhésions et recours aux mutuelles de santé dans les ménages pour mieux comprendre les mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor. Dans le tableau 22 suivant, le temps d'adhésion varie entre 0 et 20 ans avec une moyenne de 3 ans. Aussi, 74,3% de la population enquêtée ont un temps d'adhésion compris entre 2 à 8 ans. 17,3%, ont moins de 2 ans. De même, 6% ont entre 8 à 10 ans et enfin 0,14% ont un temps d'adhésion de 10 à 12 ans et plus.

Tableau 22 : répartition de l'échantillon selon le temps d'adhésion

<b>Temps d'adhésion (en années)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moins de 2</b>	26	17,3%
<b>De 2 à 4</b>	36	24,0%
<b>De 4 à 6</b>	56	37,3%
<b>De 6 à 8</b>	21	14,0%
<b>De 8 à 10</b>	9	6,0%
<b>De 10 à 12</b>	1	0,7%
<b>12 et plus</b>	1	0,7%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Pour expliquer les 74,3% de la population on peut l'expliquer par la naissance de ces deux mutuelles à savoir la mutuelle de la commune et celle de Santa Yalla. Pour la moyenne de 3 ans on peut dire que c'est l'effet de la sensibilisation, car comme le dit D.D

« On avait des adhésions en masse pendant les années 2016-2017 car c'est en cette période qu'on a commencé à enrôler les 100% à savoir les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale dans la mutuelle de la commune » (D.D)

Cette même idée est partagée par la présidente de la MSURSY.

« En 2017, on avait fait plusieurs décente sur le terrain pour sensibiliser la population, on avait fait des Visites à Domiciles (V.A.D) et des portes à porte pour sensibiliser les populations et à les pousser à venir adhérer. Et on continue à le faire jusqu'à présent. Sauf en 2020 pendant la pandémie qu'on avait suspendu le terrain. Mais la sensibilisation continuer à travers notre radio ».

Tableau 23 : répartition de l'échantillon selon le sexe et la raison de l'adhésion

<b>Raison de votre adhésion/Sexe</b>	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Je sollicite souvent les structures de santé</b>	33,3%	66,7%	100%
<b>les coûts des soins sont chers</b>	48,4%	51,6%	100%
<b>la mutuelle de santé rembourse bien</b>	0,0%	100%	100%
<b>des proches m'ont conseillé d'adhérer</b>	50,0%	50,0%	100%
<b>Autre</b>	25,0%	75,0%	100%
<b>TOTAL</b>	44,0%	56,0%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Le lien entre le sexe et la raison de l'adhésion montre une surreprésentation des femmes sur tous les éléments mesurés. En effet, 66,7% des femmes sollicitent souvent les structures de santé contre 33,3% des hommes. En outre, 51,6% des femmes affirment que les coûts des soins sont chers contre aussi 48,4% des hommes.

Pour le lien entre le niveau d'étude et les raisons d'adhésion, nous observons dans le tableau 24 que ceux qui ont un niveau universitaire (37,5%) s'inscrivent en majorité pour se prévenir. Alors que ceux qui n'ont pas fréquenté l'école (30%) et ceux du niveau secondaire (30%) affirmer adhérer à une mutuelle parce qu'ils sollicitent souvent les structures de santé.

Concernant ceux qui ont un nouveau d'étude correspondant au primaire (26,9%), ils se sont inscrits à la mutuelle par ce que les coûts habituels de leurs soins sont chers. Enfin, les 27,8% de cette catégorie se sont inscrits par ce que des proches leur ont conseillé d'adhérer.

Tableau 24 : répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction et la raison de l'adhésion à une mutuelle de santé

<b>Raison de votre adhésion/ Niveau d'instruction</b>	<b>Primaire</b>	<b>collège</b>	<b>secondaire</b>	<b>universitaire</b>	<b>Aucun niveau</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Je sollicite souvent les structures de santé</b>	20,0%	10,0%	30,0%	10,0%	30,0%	100%
<b>les coûts des soins sont chers</b>	26,9%	20,4%	22,6%	18,3%	11,8%	100%
<b>des proches m'ont conseillé d'adhérer</b>	27,8%	22,2%	16,7%	22,2%	11,1%	100%
<b>Autre</b>	12,5%	25,0%	0,0%	37,5%	25,0%	100%
<b>TOTAL</b>	24,7%	18,7%	22,7%	18,0%	16,0%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Aujourd'hui, compte tenu des coûts des soins et de la pauvreté au Sénégal, bon nombre de sénégalais sont obligés de s'inscrire dans les mutuelles pour un peu alléger leurs dépenses en santé. Une enquêtée affirme à ses propos :

« La mutuelle est une bonne initiative car si la maladie survient, on peut se faire soigner convenablement sans risque de déboursier une grosse somme. Ce n'est pas tous les jours que l'on sera en mesure de payer une ordonnance, alors qu'avec la mutuelle, la totalité ou une partie des frais est prise en charge. C'est vraiment incroyable » (C. L. ménagère, membre d'une mutuelle de la commune de Ziguinchor).

T.D, un commerçant partage la même opinion dans l'extrait suivant :

« La maladie peut venir à n'importe quel moment. Et on voit que les problèmes surviennent lorsque l'on tombe subitement malade et que l'on ne dispose pas d'argent pour se soigner. Donc s'inscrire dans une mutuelle est donc une belle opportunité pour faire face à de telles situations » (T. D. commerçant, membre d'une mutuelle de la commune de Ziguinchor).

Par ailleurs, concernant les retards de cotisation, le tableau 25 montre que plus de la moitié (53,4%) des bénéficiaires de la mutuelle de la commune confirment avoir eu des retards de cotisation. Par contre, pour les bénéficiaires de la Mutuelle de Santé de l'union départementale Santa Yalla, on voit que seuls 33,3% ont confirmé avoir eu des retards.

Tableau 25 : répartition de l'échantillon selon le type de mutuelle et les retards de cotisation

<b>Retards de cotisation/Mutuelles</b>	<b>MSURSY</b>	<b>MSCZ</b>	<b>MSACZ</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Oui</b>	33,3%	53,4%	0,0%	42,7%
<b>non</b>	66,7%	46,6%	100%	57,3%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Par ailleurs, parlant des difficultés à s'acquitter des cotisations on retrouve ce même constat (voir tableau 26). En effet, on voit que 49,3% des bénéficiaires de la MSCZ affirment avoir eu des difficultés pour s'acquitter des cotisations. Par contre, pour la MSURSY, on voit que 22,7% ont confirmé avoir eu des difficultés. Cela s'explique par le fait que la majeure partie des bénéficiaires de la MSURSY ont eu des subventions qui les ont permis de faire des activités génératrices de revenus.

Tableau 26 : répartition de l'échantillon selon le type de mutuelle et les difficultés à s'acquitter des cotisations

<b>Difficultés/Mutuelles</b>	<b>MSURSY</b>	<b>MSCZ</b>	<b>MSACZ</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Oui</b>	22,7%	49,3%	0,0%	35,3%
<b>Non</b>	77,3%	50,7%	100%	64,7%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

Le crédit alloué aux femmes bénéficiaires de l'union départementale santa Yalla, (MSURSY) semble avoir un effet positif. Pour les femmes enquêtées ici, les activités exercées grâce à l'obtention du crédit ont contribué à augmenter les revenus. C'est ce qui leur permet à s'acquitter des cotisations fixées par leur mutuelle. En plus la plupart reconnaissent n'avoir pas eu de difficultés financières pour s'acquitter de leurs cotisations, même si une infime partie avoue rencontrer quelquefois des problèmes financiers. Un enquêtée vendeuse de légumes explique :

« Ce que je gagne dans mon commerce suffit juste pour assurer les besoins alimentaires de ma famille »  
(G. S., une enquêtée vendeuse de légumes).

Pour les quelque membres qui trouvent les cotisations un peu chères, leur point de vue montrent que le montant des cotisations demandé par la mutuelle n'est pas dans l'ensemble excessif par rapport à leurs revenus. Ainsi on peut donc dire que le micro crédit a un effet positif sur les revenus des bénéficiaires et sur leur capacité contributive.

Cependant ce qui semble contradictoire car malgré une bonne capacité financière des bénéficiaires favorisées par une adaptation du montant des cotisations à leurs revenus, une grande partie d'entre eux ont toujours des retards dans les cotisations. Ainsi, on peut dire que l'effet du crédit sur les revenus des bénéficiaires n'a pas eu l'impact attendu sur leur participation financière.

Au niveau de nos enquêtés, on constate que même les bénéficiaires qui trouvent le montant des cotisations à leur portée contractent dès fois des retards de paiement. En effet les raisons évoquées par cette catégorie et aussi par celle qui n'ont pas de financement relèvent moins d'un manque de ressources financières mais plutôt d'un désintérêt. Bien vrai que les bénéficiaires reconnaissent des avantages liés à la mutuelle, mais laissent voir la place moins importante qu'occupe la prévoyance des risques de maladie par rapport à d'autres besoins. En effet pour beaucoup des membres interrogés, le retard dans les paiements est du simplement à de la négligence. Les propos d'une enquêtée de la mutuelle de la commune le confirme :

« Si j'ai des retards de cotisations parfois, c'est simplement par négligence. Il m'arrive aussi d'oublier. 3500 FCFA ne signifie rien pour moi » (M.D. une enquêtée bénéficiaire de la mutuelle de la commune).

Ces propos montrent que la mutuelle de santé semble être reléguée au second plan parmi les priorités des bénéficiaires. Des auteurs comme (Teysser, 1996) ont montré que très souvent servent plus à financer et à entretenir des relations sociales au cours des cérémonies familiales (baptême, mariage) à travers la remise du « Ndawtal »<sup>9</sup>. Une femme enquêtée explique les raisons du retard de sa cotisation :

« Je tiens une activité génératrice de revenu. Dernièrement j'ai dépensé toutes mes économies lors du mariage de ma fille aînée. Je me trouve en ce moment avec une ruine totale et je dois tout recommencer à zéro. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas cotisé mais je ferai dès que mon état financier s'améliore ». (L. Mb., commerçante, bénéficiaire de la mutuelle de la commune).

---

<sup>9</sup>Ndawtal : participation en nature ou en espèce donnée au cours d'une cérémonie et dont on attend la réciprocité lors d'une même occasion

Ainsi, contrairement à la hiérarchisation proposée par Abraham Maslow où les besoins de sécurité prime sur les besoins sociaux, à ce niveau, la sécurité n'est pas classée parmi les priorités maitresses. La satisfaction des besoins d'affiliation, de reconnaissance, de prestige social prene le pas sur beaucoup de choses. En outre le don/contre don, que traduit le « potlach » de Marcel Mauss (obligation de donner, de rendre, de recevoir) est pleinement vécue dans nos sociétés. C'est ce qui fait que la plupart des gens quels que soient leurs revenus, ne manquent pas à ces dépenses sociales car l'honneur et le prestige familial sont les priorités. La conséquence est que la mutuelle se trouve souvent avec un déficit dans les comptes financiers.

#### **6.4 Connaissance et implication dans la vie de la mutuelle**

Cette sous-partie va essayer de faire ressortir, à travers les informations recueillies par le moyen des entretiens et des rapports d'activités de la mutuelle, le point de vue que les membres de la mutuelle ont de leur mutuelle, leur niveau de connaissance par rapport au fonctionnement de la mutuelle et le niveau de participation à la vie de la mutuelle.

#### **6.5 Connaissance des services offerts par la mutuelle**

Les personnes ont été interrogées sur les services offerts par les mutuelles pour voir leur connaissance de ces services. Le tableau 27 suivant montre que la connaissance des services offerts par la mutuelle n'est pas partagée par tous les bénéficiaires de la mutuelle.

Tableau 27 : répartition de l'échantillon selon les services offerts par la mutuelle

<b>Services offerts</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	89	59,3%
<b>Non</b>	61	40,7%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Source : enquête de terrain (avril-octobre 2021)

En effet, même si une bonne partie des bénéficiaires (59,3%) semble être bien informés des services qui leurs sont couverts, d'autres n'en possèdent qu'une connaissance vague malgré les sensibilisations effectuées par les responsables des mutuelles à ce sujet. La perception d'une enquêtée est une bonne illustration quand elle dit :

« La mutuelle est une bonne chose. Quand tu es malade, tu te rends directement auprès des structures de santé conventionnées et là-bas tu paies la moitié des frais et au niveau des pharmacies aussi toutes les médicaments sont pris en charge à moitié » (Nd.F.F. une enquêtée bénéficiaire de la mutuelle de la commune).

Cette enquêtée oublie qu'au niveau des structures de santé à part les officines privées que la prise en charge est de 80% et que certains médicaments ne sont pas pris en charge au niveau des pharmacies privées. Dans cette situation, on peut penser à un déficit d'informations en ce qui concerne les médicaments exclus du paquet de prestation à savoir les médicaments des maladies chroniques. La définition du paquet de prestation et de ses limites semble ne pas être claire dans l'esprit de certains enquêtés. Cette méconnaissance est la source du non renouvellement du carnet de certains enquêtés. Comme le dit une enquêtée :

« J'ai adhéré à la mutuelle à cause de ma maladie et du coût je me rends compte qu'avec la mutuelle, elle ne me prend pas en charge au niveau des pharmacies. Finalement, je trouve qu'il y a plus d'intérêt d'acheter soi-même ses ordonnances lorsque la maladie survienne » (A.K. une enquêtée bénéficiaire de la mutuelle de la commune).

Par ailleurs, ces méconnaissances sont dues au niveau faible d'instruction des bénéficiaires. Aussi, les services offerts et le niveau des prestations sont définies par l'AG des adhérents et consignés dans les statuts et règlement intérieur. L'accès à cette information est difficile pour la plupart des bénéficiaires.

## CONCLUSION

Au final, ce mémoire a essayé de montrer les difficultés des mutuelles de santé communautaires pour ce qui concerne leur développement et la prise en charge des populations de la commune de Ziguinchor. Notre hypothèse est que les prestations et la prise en charge sanitaire des populations dans la commune de Ziguinchor sont fortement influencées par les difficultés économiques et financières des mutuelles.

Pour vérifier empiriquement ces hypothèses, nous avons choisi comme cadre d'étude trois mutuelles de santé (MSCZ, MSURSY et MSACZ) se trouvant dans la commune de Ziguinchor. Ces mutuelles sont communautaires et elles s'intéressent principalement à la population de la commune de Ziguinchor. L'exploration empirique s'est faite par le moyen d'entretiens et de questionnaire.

L'analyse des données du terrain montre que toutes nos trois hypothèses sont confirmées. En effet, l'étude a montré que le recouvrement des cotisations est le véritable facteur qui limite la bonne marche des mutuelles. Ce facteur est à l'origine du faible taux d'adhésion mais aussi au non renouvellement des cotisations de certains membres. Ainsi cela réduit considérablement les capacités financières de la mutuelle.

Par ailleurs, les mutuelles de santé dans l'accès aux soins de santé de qualité comportent des limites compte tenu du fait que certains produits ou médicaments sont exclus du paquet de prestations de services offert. En effet, le système de mutualité est perçu positivement par nos enquêtés. Toutefois, une partie des modalités du fonctionnement des mutuelles sont perçues négativement par nos interlocuteurs. C'est le cas de la non prise en charge des médicaments des pathologies chroniques alors que ce sont les médicaments les plus coûteux mais aussi il y a le bénévolat des administrateurs qui peut être source de démotivation de ces derniers. A cela s'ajoute-le manque d'équipements l'insuffisance du personnel et l'insuffisance des médicaments IB. Ces différents facteurs affectent négativement la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires. Ainsi, les mutuelles de santé en constituant un mode de financement alternatif de la santé, contribuent peu à l'accès aux soins et services de santé de qualité des populations de la commune de Ziguinchor. Dans la mesure où les bénéficiaires des mutuelles de santé éprouvent toujours du mal à bénéficier des soins de santé de qualité. Par ailleurs la faiblesse des revenus de la population cible est un facteur qui limite l'impact des actions des mutuelles. Cela s'explique du fait qu'un bon nombre (Becker, Diakhaté, & Fall, 2008) bénéficiaires ne travaillent pas ou évoluent dans l'informel.

Cependant, il faut tenir compte des femmes bénéficiaires de la MSURSY qui malgré les financements qu'elles reçoivent se trouvent dans la même situation que ceux qui n'ont pas de subvention. En effet l'accès au crédit n'a pas eu l'impact attendu sur la participation financière des membres.

Aussi, l'étude a démontré qu'il y a un véritable manque de volonté pour ce qui concerne le paiement des cotisations. Les pressions socioculturelles font que la prévoyance des risques maladies est reléguée au second plan au profit de la satisfaction d'autres besoins : relations sociales.

D'un autre côté, le remboursement tardif des subventions par l'Etat, est le facteur qui influe le plus sur le bon fonctionnement des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor. Ce facteur peut s'expliquer par le fait que l'Etat est appelé partout et est trop endetté. En plus de cela ce facteur peut s'expliquer en grande partie par la prise en charge des indigents à savoir (les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et ceux de la carte d'égalité des chances) qui coûte chère à l'Etat mais aussi met en péril la vie des mutuelles.

Malgré toutes ces difficultés, les mutuelles parviennent tout de même à assurer des soins de santé adéquats à ses membres en leur allégeant les dépenses en matière de santé et en offrant des soins de qualité et de proximité.

En somme, cette présente étude montre que la mutuelle de santé constitue une des solutions aux problèmes de financement des soins de santé. Elles jouent un rôle d'équité dans la prise en charge sanitaire des populations en facilitant l'accès aux structures sanitaires pour les populations à faibles revenus. En ce sens, l'Etat, les collectivités locales et les partenaires au développement doivent s'impliquer davantage dans la vie des mutuelles.

Pour finir, dans une perspective d'études plus exhaustives, il serait important de voir si la CMU ne serait pas un frein à la fidélisation des clients des mutuelles de santé car, en constituant une alternative pour les populations, la CMU est entrain de perturber la solidité et la durabilité des mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor.

## BIBLIOGRAPHIE

Akazili, J., et Souly, C. (2014). *Un défi pour les pays du Sud. Supplément : la couverture santé, un combat universel*. Dans *Le monde Diplomatique*. Disponible en ligne, consulté le 23 juin, 2021 : <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>

Amin, S. (1995). Aux origines de la catastrophe économique de l'Afrique. *Afrique et développement*, vol. XX. N°3. Paris: Karthala.

Anmc-Wsm-Bit/Acopam. (1996). *Guide pratique des mutuelles de santé en Afrique*. Genève : Bureau international du Travail. Disponible en ligne, consulté le Lundi 09 Octobre, 2020, sur <https://www.ilo.org>

Ansart, P. e. (1999). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Le Robert et le Seuil.

ANSD. (2020). *Enquête rapide sur les effets de la Covid-19*. Dakar. Consulté le Lundi 04 Octobre, 2021, sur <https://data.unwomen.org>

ANSD. (2020). *Situation économique et sociale du Sénégal (2017-2018)*. Dakar: ANSD.

ANSD. (Juin 2008). Résultats définitifs du troisième recensement général de la population et de l'habitat, IRD – Sénégal. Disponible en ligne, consulté le 23 Décembre 2020 : [http://www.ansd.sn/ressources/rapports/RGPH3\\_RAP\\_NAT.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/rapports/RGPH3_RAP_NAT.pdf)

Atchadé, F. (2013). *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*. Paris: L'Harmattan.

Atim, C. (2000). *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins*.

Ayena, F. (2012). *Afrique comparable ? Santé publique et sécurité globale au Bénin*. Thèse de doctorat en science politique, Université de Toulouse.

Ba, M. (2004). *Stratégie d'auto-protection sociale en milieu urbain*. Dakar: Mémoire de master en sociologie, UCAD, disponible en ligne, consulté le 31 octobre 2021 sur : <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=mmoiresetd=MemL%5f3274>

Banque Mondiale. (2012). *Rapport sur le développement dans le monde 2012 : L'égalité des sexes et le développement*. Disponible en ligne, consulté le 15 octobre 2021 <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/4391?locale-attribute=fr>

Baral. (1977). *Economie de la santé fait et chiffres*. Paris: Dunod.

Becker, C., Diakhaté, M., et Fall, A. (2008). *Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ?* Paris: Karthala.

Bit-Step. (2003). *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique.*

Boidin, B. (2012). *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*. Institut d'économie publique (IDEP). Consulté le Septembre 2021, sur disponible sur Google : <http://economiepublique.revues.org>

Bop, C. (1996). Les femmes chefs de famille à Dakar. Dans *Femmes du sud, chef de famille*, Paris: Karthala.

Cloutier. (1994). *L'ambiguïté des rapports sociaux au coeur des soins de santé, le cas des femmes des Ndjaména*. Québec: Centre Sahel.

Crozier, M., et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, éditions du Seuil

Olivier de Sardan, J-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Disponible en ligne, consulté le 15 octobre 2021 : <https://journals.openedition.org/africanistes/3137>

Diallo, M. A. (2014). *La protection sociale au Sénégal: l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar*. Thèse de doctorat, CRBC, Brest, France

Diallo, M. A. (2020). *La protection sociale en Afrique : sur le chemin de l'universalisation, stratégies et défis*,. Saint-louis: UGB, RASPOS.

Diallo, M. A., et Diémé, P. (2021, Juillet). Etude de l'accès aux services de santé à nema2, un quartier de Ziguinchor (sénégal). Côte d'Ivoire: Revue DJIBOUL Université Félix Houphouët-Boigny.

Diatta, M. (2016). *Analyse socio-anthropologie de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans la commune de Ziguinchor. Cas de la mutuelle de santé de la commune de Ziguinchor*. Mémoire de master en sociologie, UASZ, Ziguinchor:

Dieng, A. A. (1996). *Le Sénégal au-delà de l'ajustement structurel: pour une stratégie de développement fondé sur des forces opulantes. Un alternative à la crise de l'Afrique et du moyen Orient. Afrique et développement, Vol. XXI, N°2 et 3*. Paris, France: Karthala.

Dione, I. (2013). *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. These de doctorat en géographie, Université d'Angers.

Diop, M.-C. (2001). *Les politiques sociales en Afrique de l'Ouest : Quels changements depuis le sommet de Copenhague ? Synthèse des études de cas (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal)*. Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, Politique sociale et développement.

Diouf, B. (2005). *Mutuelles de santé et accès aux soins et services en santé de la reproduction: étude menée à Thiès*. Thèse de doctorat en sociologie, UCAD.

Dollo, Alpe, Beitone, et al. (2007). *Lexique de sociologie. 2ème édition*. Paris: Dalloz.

Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. France.

Edejer, Tessa Tan-Torres. (2001). *Santé, pauvreté et équité : état de la question au début du XXIe siècle*. Ottawa, Canada: Centre de recherches pour le développement international.

Etiènne, C., et Asamoah-Baah, A. (2010). *Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle*.

Fall. (2008). *Bricoler pour survivre. perception de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar*. Paris: Khartala.

Fall, C. (2003). *Etendre l'assurance santé : possibilité à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes*. BIT/Génève.

Fall, K. (2019). *Solidarité et pratiques informelles dans les organisations communautaires : études de cas à Adéane et à Coubanao dans la région de Ziguinchor*. Disponible en ligne, consulté le 15 octobre 2021 sur <https://ihacrepos.hypotheses.org/2759>

Fassin, D. (2000). *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala. Disponible en ligne, consulté le 02 octobre 2021 <https://journals.openedition.org/lhomme/7751>

Fassin, D. (2001). *La globalisation de la santé: éléments pour une analyse anthropologie, in Système et politiques de santé*. Paris: Karthala.

Frintz, A. (2014). *Au Sénégal, les femmes en première ligne. Supplément : la couverture santé, un combat universel*. Disponible en ligne, consulté le 15 octobre 2021 : <https://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/A/50023>

Gaye, D., et Diagne, A. (2008). *Sénégal face aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance*. Dakar, Sénégal: CRES et le CREPOS. Consulté le Octobre 21, 2021, sur <http://hdl.handle.net/10625/37274>

Ginneken, V. (2005). The European eel (*Anguilla anguilla*, Linnaeus), its lifecycle, evolution and reproduction: a literature review. 398. Récupéré sur

<https://www.fishbase.se/References/FBRefSummary.php?ID=89144&database=FB>

Gobbers. (2002). *L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. Disponible en ligne, consulté le 02 septembre 2021 sur :

[file:///C:/Users/san%C3%A9%20rocky/Downloads/ad387178%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/san%C3%A9%20rocky/Downloads/ad387178%20(3).pdf).

Gruénais, et Pourtier. (2000). *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis. Afrique contemporaine, Numéro spécial, Trimestriel N° 195 Juilletseptembre*,. Paris: La documentation Française.

Hane, F. (2019). *Sénégal : des mutuelles mieux adaptées pour les travailleurs du secteur informel*. Disponible en ligne, consulté le 11 avril 2021 sur :

<https://theconversation.com/senegal-des-mutuelles-mieux-adaptees-pour-les-travailleurs-du-secteur-informel-115513>

Holzmann, Sherburne, B., et Tesliuc. (2003). *Gestion du risque social : la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation*.

Disponible en ligne, consulté le 08 avril 2021 sur

[https://ideas.repec.org/a/prs/rtiers/tiers\\_1293-8882\\_2003\\_num\\_44\\_175\\_5406.html](https://ideas.repec.org/a/prs/rtiers/tiers_1293-8882_2003_num_44_175_5406.html)

Jaffré, Y. (2006). « *Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement*. Paris: Académie des sciences.

Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Apad Karthala.

Jusot, F., Tubeuf, S., Devaux, M., et Sermet, C. (2017). *Social heterogeneity in self-reported health status and the measurement of inequalities in health*. Londres: Routledge. Disponible en ligne, consulté le 27 novembre, 2021, sur <https://www.irdes.fr/recherche/equipe/jusot-florence.html>

Ka, O., Coume, M., Diop, C., Mgom, N., Faye, A., Leye, M., et Seck, I. (2017, Aout). Enquête madicosociale auprès des personnes âgées du centre de gérontologie et de gériatrie de Ouakam au Sénégal. *NPG Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie*, 17(100), 223-229.

Kamel, M. (1996). *Santé publique. Médecine légale/ Médecine du travail*. Paris: Editions Estem et Med-line.

Kobore. (1998). *Guide méthodologie d'une approche de mobilisation sociale, Mwangaza Action, Ouagadougou*.

Lambert. (2001). *Les interactions entre santé et développement* (éd. Harmattan). (c. d. La santé, Trad.) Paris.

Letourmy. (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*.

Maslow. (2004). *Cours de psycho-sociologie des organisations de Moustapha Dièye en matière de sociologie*.

Mathauer, I., Mathivet, B., et Kutzin, J. (2017). *Mathauer, I Community based health insurance: How can it contribute to progress towards UHC? WHO*.

Mauss. (2012). *Sortir de (la) prison: entre don, abandon et pardon*. Consulté le Décembre 6, 2021, sur <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2012-2.htm>

Mbugua, W. (1999). Les femmes et la santé . Dans A. Adepoju, *La famille africaine. Politiques démographiques et développement* (pp. 195- 220). Paris: Khartala.

Monekosso, G. L. (1989). « *L'initiative de Bamako : autofinancement communautaire des soins de santé primaires par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts : quelques principes généraux* », OMS.

MSAS (2004). *Plan Stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*.

Disponible en ligne, consulté le 15 octobre 18, 2021, sur

[http://hubrural.org/IMG/pdf/senegal\\_plan\\_strategique\\_dev\\_mutuelles\\_sante.pdf](http://hubrural.org/IMG/pdf/senegal_plan_strategique_dev_mutuelles_sante.pdf)

MSAS. (2013). *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017 République du Sénégal*. Dakar: Gouvernement du Sénégal. Disponible en ligne, consulté le 27 septembre 2021, sur [http://p4h-](http://p4h-network.net/wpcontent/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal)

[network.net/wpcontent/uploads/2013/03/2013\\_03\\_Ministere\\_Sante\\_Senegal](http://p4h-network.net/wpcontent/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal)

MSAS. (2020). *Plan National de Développement Saitaire et Social*.

Mucchielli. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*.

Paris: Armand Collin. Récupéré sur [Https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr](https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr)

- Ndiaye, P. (2006). « Le développement des mutuelles de santé en Afrique ». Dans G. Dussault, P. Fournier, et A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Série : Santé, Nutrition et Population*, (pp. 311-330). N.W. Washington,: La Banque mondiale 1818 H Street, .
- Ndione, et Konté. (2013). *La sécurité sociale au Sénégal. 2ème Edition*. Dakar, Sénégal: Friedrich ebert stiftung.
- Noula, A. G. (1995). *Ajustement structurel et développement en Afrique: l'expérience des années 1980. Afrique et développement, vol, XX, N°1*.
- OIT. (2010). *Rapport sur l'état du marché du travail et de la cohésion sociale*. Disponible en ligne, consulté le 05 mars 2020, sur [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_145105/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_145105/lang--fr/index.htm)
- OMS. (1993). *Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000* (Vol. 1). Genève.
- OMS. (1995). *Rapport sur la maternité sans risque: mortalité pire qu'on l'imaginait*, Genève.
- OMS. (2000). *La santé dans le monde: pour un système de santé plus performant*. Genève.
- OMS. (2001). *Rapport de la macroéconomie et santé sur le financement communautaire des soins de santé*. Genève.
- Parson, T. (1951). *The Social System et Toward a General Theory of Action*.
- Plate forme d'Abidjan. (1998). *Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique*.
- Quivy R, Campenhoudt, L. V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales. 3ème édition* . Paris: Dunod.
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., et Girard, J. (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains ». *Santé Publique, 1(1)*. Canada: Presse de l'Université Montréal.
- Ridde, V., Asomaning Antwi, A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., et Touré, L. (2021). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest*. Disponible en ligne, consulté, 12 octobre, sur

<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/implications-pour-la-recherche-et-pour-les-politiques-de-sante/>

Rocher, G. (2008). *L'idéologie du changement comme facteur de mutation sociale*. Québec: Éditions Hurtubise HML Ltée.

Rougerie, C. (2015). L'accueil à l'interface du social et de la santé.

Savarese, E. (2006). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Ellipses.

Seck, I., Dia, A. T., Sagna, O., et Leye, M. M. (2017). Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). Disponible en ligne, consulté le 17 septembre 2020 sur

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-105.htm>

Sen, A. (1992). Repenser l'inégalité. *I*, 8. Consulté le Décembre 5, 2021, sur

<https://www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2010-1-page-8.htm>

Step/Bit. (2002). *Micro assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*.

Sy, S. (2002). « *Le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, une réponse africaine à la mondialisation de l'économie* ».

Teysser, S. (1996). Quel crédit pour les femmes. Dans *Femmes du sud, chef de famille* (p. 239). Paris: Karthala.

Thélot. (2003). Les mutuelles de santé de Thiès et la question de la gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal. Mémoire en sociologie, UCAD, Dakar:

Tubiana, L. (2014). *Un enjeux de développement durable. Supplément : la couverture santé, un combat universel*. Consulté le Mai 24, 2021, sur <http://www.monde-diplomatique.fr>

Weber. (1922). *Economie et Société*.

# TABLE DES MATIERES

DEDICACES .....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SIGLES ET ACRONYMES .....	iii
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	v
SOMMAIRE .....	vii
RESUME.....	ix
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	3
1 CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
1.1 Revue de la littérature .....	4
1.1.1 Système de santé et inégalités d'accès .....	4
1.1.2 La mutualité santé au Sénégal : instrument d'accès et d'universalité des soins de santé 9	
1.2 Problématique.....	15
1.3 Hypothèses de recherche .....	21
1.3.1 Hypothèse principale.....	21
1.3.2 Hypothèses spécifiques .....	21
1.3.2.1 Hypothèse spécifique 1 .....	21
1.3.2.2 Hypothèse spécifique 2 .....	21
1.3.2.3 Hypothèse spécifique 3 .....	21
1.4 Objectifs de recherche .....	21
1.4.1 Objectif Général .....	21
1.4.2 Objectifs spécifiques.....	22
1.4.2.1 Objectif spécifique 1 .....	22
1.4.2.2 Objectif spécifique 2 .....	22
1.4.2.3 Objectif spécifique 3 .....	22
1.5 Cadre conceptuel .....	22

1.6	L'intérêt de l'étude .....	30
1.7	Modèle théorique d'analyse .....	32
2	<b>CHAPITRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>34</b>
2.1	Le cadre général de l'étude .....	34
2.1.1	Cadre institutionnelle .....	34
2.1.2	Cadre physique d'étude : présentation de la commune de Ziguinchor .....	35
2.1.3	Délimitation et localisation géographique du cadre spécifique de l'étude .....	38
2.2	Méthodes et techniques d'enquête .....	39
2.2.1.1	Le ciblage .....	40
2.2.1.2	Techniques du choix de l'échantillon .....	40
2.2.2	Méthodes et techniques de recherche .....	41
2.2.2.1	Recherche documentaire .....	41
2.2.2.2	La collecte des données empiriques.....	42
2.2.2.2.1	L'enquête par entretien .....	42
2.2.2.2.2	Enquête par questionnaire .....	43
2.3	L'histoire de la collecte des données.....	44
2.4	Techniques d'analyse .....	44
2.5	Difficultés rencontrées .....	45
2.6	Limites de l'étude.....	47
	<b>PARTIE 2 : ETUDE DE LA MUTUALITE SANTE DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR .....</b>	<b>48</b>
3	<b>CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR</b>	<b>49</b>
3.1	Profil des mutuelles de santé ciblées par l'étude.....	49
3.1.1	La mutuelle de la commune de Ziguinchor(MSCZ) .....	49
3.1.2	La Mutuelle de Santé de l'Union Régionale Santa Yalla (MSURSY) .....	51
3.1.3	La Mutuelle de santé des Acteurs Culturels de Ziguinchor (MSACZ) .....	52
3.2	Analyse stratégique des mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor .....	53

4	CHAPITRE 4 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTE A ZIGUINCHOR .....	55
4.1	Les organes de la mutualité à Ziguinchor .....	55
4.2	Le fonctionnement des mutuelles de la commune de Ziguinchor.....	56
4.3	Les adhésions pour les mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor.....	56
	PARTIE 3 : ANALYSE DES DONNEES SUR LA MUTUALITE SANTE A ZIGUINCHOR .....	58
5	CHAPITRE 5 : LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS A TRAVERS LES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DANS LA COMMUNE DE ZIGUINCHOR.....	59
5.1	La prise en charge des populations par les mutuelles de santé de la commune de Ziguinchor .....	59
5.1.1	Les modalités de la convention entre les mutuelles et les structures prestataires.....	59
5.1.2	Le financement de la prise en charge.....	62
5.1.3	Les prestations offertes.....	62
5.2	Les partenaires des mutuelles de santé.....	66
5.2.1	La mutuelle de santé de l'union régionale Santa Yalla.....	66
5.2.2	La mutuelle de la commune de Ziguinchor .....	66
5.2.3	La mutuelle de santé des acteurs culturels (MSACZ) .....	67
5.3	Analyse des contraintes et limites de mutuelles de santé à Ziguinchor .....	67
5.3.1	Les difficultés rencontrées par les mutuelles et les administrateurs.....	67
5.3.1.1	Le non-respect de la pyramide sanitaire .....	67
5.3.1.2	Le non-respect de l'engagement financier de la part l'Etat .....	68
5.3.1.3	La question du bénévolat .....	69
5.3.1.4	Le recouvrement des cotisations des adhérents .....	71
5.3.1.5	Les dettes envers les structures sanitaires .....	73
5.3.2	Les difficultés rencontrées par les bénéficiaires dans la commune de Ziguinchor .....	73
5.3.2.1	La période d'observation .....	74
5.3.2.2	La non prise en charge des médicaments des maladies chroniques.....	76
5.3.2.3	La non pratique de la portabilité .....	77

5.3.2.4	Le bulletin de référence.....	78
5.3.3	Les difficultés rencontrées par les structures de santé.....	79
5.3.3.1	Le manque d'équipements .....	79
5.3.3.2	L'insuffisance du personnel spécialisé .....	80
5.3.3.3	L'insuffisance des médicaments .....	80
6	CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES EMPIRIQUES .....	81
6.1	Caractéristiques de la population d'étude .....	81
6.2	Besoin et recherche de soins dans les ménages de Ziguinchor .....	89
6.3	Adhésion et recours aux mutuelles de santé à Ziguinchor .....	94
6.4	Connaissance et implication dans la vie de la mutuelle .....	99
6.5	Connaissance des services offerts par la mutuelle .....	99
	CONCLUSION .....	101
	BIBLIOGRAPHIE .....	103
	TABLE DES MATIERES .....	110