

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR (UCAD)**

-----  
**FACULTE DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES**

-----  
**DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE**



**MEMOIRE DE MAITRISE**

*SUJET :*

**STRATEGIE D'AUTO-PROTECTION SOCIALE EN  
MILIEU URBAIN : L'EXEMPLE DE LA MUTUELLE  
DE SANTE WER-WERLE**

Présenté par :  
**Maymouna BA**

Sous la direction de :  
**M.Moustapha Tamba**  
Maître-assistant,  
Chef de département de sociologie

*Année académique : 2003-2004*

## RESUME

La libéralisation de l'Etat dans un contexte de précarité économique a installé, dans le secteur de la santé, une barrière financière dans l'accès aux soins. Celui-ci demeure difficile d'autant plus que les régimes de protection sociale existants ne couvrent que près de 15% de la population totale. Dans la foulée des solutions préconisées pour une meilleure prise en charge des frais de maladie aux catégories exclues du système de protection formelle, la mutuelle de santé constitue une donnée relativement nouvelle au Sénégal. Créées sur une base territoriale, professionnelle ou communautaire, elle fonctionne selon les mécanismes de l'assurance et repose sur les principes de solidarité et de démocratie participative.

L'étude a cherché à savoir si les mutuelles développent les stratégies adéquates pour répondre à la demande des populations en matière de santé. La mutuelle de santé *Wer-werle* qui cible particulièrement les femmes et est imbriquée dans un schéma de micro-finance a servi de cadre d'étude. L'exploration et les entretiens ont été les principales méthodes utilisées lors de l'investigation.

Au terme de l'étude, il ressort que parmi les principes de base de la mutuelle, seule la solidarité semble être assez présente. On note une certaine méconnaissance du processus de fonctionnement de la mutuelle et une faible implication des membres à la gestion. L'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des femmes sont à l'origine de cet état de fait. Par ailleurs, la mutuelle fait face à un problème récurrent de recouvrement des cotisations. La bonne capacité contributive de la plupart des membres (favorisée par les activités génératrices de revenus qu'elles exercent grâce à l'obtention du crédit) ne se traduit pas par une participation effective. La prévoyance des risques de maladie n'est pas ressentie comme une préoccupation majeure par rapport à la satisfaction d'autres besoins plus stratégiques (dépenses sociales, de prestige...). Malgré cela, la mutuelle assure à ses membres des soins adéquats par un allègement des dépenses de santé et un accès à des soins de qualité meilleure et de proximité. Ce faisant, elle contribue à l'amélioration de leur état sanitaire et par là, à la protection de leurs revenus et à leur quiétude d'esprit. Cependant, un meilleur accès aux soins de santé ne signifie pas nécessairement l'abandon des recours ordinairement déployés par les populations dans la recherche de soins. Les systèmes de représentations de la maladie (qui relève plus d'un construit plus culturel que clinique) font que la médecine moderne est souvent alliée à des pratiques thérapeutiques traditionnelles.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>I</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>IV</b>
<b>CHAPITRE I : LE CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>IV</b>
1.1. PROBLEMATIQUE.....	IV
1.2. OBJECTIFS .....	XI
1.2.1. <i>Objectif général</i> .....	<i>xi</i>
1.2.2. <i>Objectifs spécifiques</i> .....	<i>xi</i>
1.3. HYPOTHESES .....	XII
1.3.1. <i>Hypothèse générale</i> .....	<i>xii</i>
1.3.2. <i>Hypothèses spécifiques</i> .....	<i>xii</i>
1.4. DEFINITION DES CONCEPTS.....	XIII
1.5. REVUE DE LA LITTERATURE.....	XVII
1.6. MODELE D'ANALYSE.....	XXII
1.7. INTERET DE L'ETUDE .....	XXV
<b>CHAPITRE II : LE CADRE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>XXVII</b>
2.1. UNIVERS DE L'ETUDE .....	XXVII
2.1.1. <i>Caractéristiques de la région de Dakar</i> .....	<i>xxvii</i>
2.1.2. <i>Présentation de la ville de Guédiawaye</i> .....	<i>xxviii</i>
2.2. POPULATION-MERE.....	XXX
2.3. ECHANTILLONNAGE .....	XXXII
2.4. TECHNIQUES D'INVESTIGATION.....	XXXV
2.4.1. <i>L'exploration</i> .....	<i>xxxv</i>
2.4.2. <i>Les enquêtes</i> .....	<i>xxxvi</i>
2.5. L'ENQUETE SUR LE TERRAIN.....	XXXVII
2.5.1. <i>Le pré-test</i> .....	<i>xxxviii</i>
2.5.2. <i>Le déroulement de l'enquête</i> .....	<i>xxxviii</i>
2.5.3. <i>Difficultés rencontrées</i> .....	<i>xxxix</i>
<b>DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES DONNEES RECUEILLIES... XLI</b>	
<b>CHAPITRE III : SYSTEME SANITAIRE ET POLITIQUE SOCIALE AU SENEGAL.....</b>	<b>XLI</b>
3.1. LE SYSTEME SANITAIRE .....	XLI
3.1.1. <i>La politique de santé</i> .....	<i>xli</i>
3.1.2. <i>Le niveau de santé</i> .....	<i>xliv</i>
3.1.3. <i>L'Organisation sanitaire</i> .....	<i>xlv</i>
3.1.4. <i>La couverture sanitaire</i> .....	<i>xlviii</i>
3.1.5. <i>Les sources de financement de la santé</i> .....	<i>xlix</i>
3.2. LA PROTECTION SOCIALE.....	XLIX
3.2.1. <i>Historique</i> .....	<i>xlix</i>
3.2.2. <i>La couverture sociale formelle</i> .....	<i>l</i>
3.2.3. <i>Les Initiatives de l'Etat en matière d'extension de la protection sociale</i> .....	<i>liv</i>
<b>CHAPITRE IV : LA SITUATION DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL.....</b>	<b>LV</b>
4.1. HISTORIQUE.....	LV

4.2. CARACTERISTIQUES DES MUTUELLES DE SANTE .....	LVIII
4.2.1. Typologie.....	lviii
4.2.2. Particularité des mutuelles de santé par rapport à d'autres stratégies communautaires de prise en charge de la maladie.....	lx
<b>CHAPITRE V : PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE</b>	
<b>« WER WERLE ».....</b>	<b>LXIII</b>
5.1. LE CONTEXTE DE CREATION DE LA MUTUELLE.....	LXIII
5.2. L'ORGANISATION DE LA MUTUELLE.....	LXIV
5.3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE.....	LXV
5.3.1. Les Adhésions.....	lxv
5.3.2. Les prestations.....	lxvii
5.3.3. L'identification et la gestion des risques par la mutuelle .....	lxix
5.3.4. Les ressources de la mutuelle.....	lxxi
5.3.5. Les partenaires de la mutuelle .....	lxxi
5.3.6. Les obstacles rencontrés par la mutuelle.....	lxxii
<b>CHAPITRE VI : LE PROFIL DE NOS ENQUETES</b> .....	<b>LXXIII</b>
<b>TROISEIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b>	
.....	<b>LXXV</b>
<b>CHAPITRE VII: LA MUTUELLE DE SANTE : PERCEPTION CONNAISSANCE ET IMPLICATION.....</b>	<b>LXXV</b>
7.1. UNE BONNE PERCEPTION DE LA MUTUELLE .....	LXXV
7.2. UNE CONNAISSANCE MITIGEE SUR LE PROCESSUS DE FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE.....	LXXVIII
7.3. LA FAIBLE IMPLICATION DES MEMBRES DANS LA GESTION DE LA MUTUELLE. ....	LXXX
<b>CHAPITRE VIII : INCIDENCE DU MICRO-CREDIT SUR LA CONTRIBUTION FINANCIERE DES MEMBRES.....</b>	<b>LXXXIII</b>
8.1. L'IMPACT POSITIF DU CREDIT SUR LES REVENUS DES MEMBRES.....	LXXXIV
8.2. UN MANQUE DE VOLONTE DANS LE PAIEMENT DES COTISATIONS .....	LXXXV
<b>CHAPITRE IX : DES SERVICES EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DES MEMBRES .....</b>	<b>LXXXIX</b>
9.1. UN BON PLATEAU DE PRESTATIONS .....	LXXXIX
9.2. UNE QUALITE ET UN COUT DES SOINS JUGES SATISFAISANTS .....	XCI
9.3. DES EFFETS BENEFIQUES INDIRECTS .....	XCXV
<b>CHAPITRE X : LA RECHERCHE DE SOINS PAR LES MEMBRES : DIVERSIFICATION DANS LES TYPES DE RECOURS THERAPEUTIQUES</b>	
.....	<b>XCVII</b>
10.1. DES SOINS PLUS Tournés vers la médecine moderne .....	XCVII
10.2. L'AMPLEUR DE L'AUTOMEDICATION .....	XCVII
10.3. LA PERSISTANCE DES PRATIQUES TRADITIONNELLES.....	XCIX
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>CII</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>CV</b>
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

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.

En Afrique subsaharienne, en dépit des efforts fournis dans le sens d'un renforcement du système de santé, le secteur souffre encore de grandes insuffisances. Les taux de morbidité et de mortalité restent élevés. Au cours de l'année 2003, il a été enregistré 920 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes. L'espérance de vie est de 46 ans contre 72 dans les régions développées<sup>1</sup>. En outre, une recrudescence des maladies endémiques est notée dans presque toute la sous région ainsi qu'un déficit en infrastructures sanitaires et en personnel médical.

Cet état de fait est attribué principalement à une défaillance dans le système de financement de la santé. Les crises économiques des années 70 et les politiques d'ajustement structurelles qui ont suivi ont entraîné ces pays vers un processus d'abandon du financement public au profit du financement privé des services de santé. La dévaluation du franc CFA, à travers le renchérissement des coûts des services sociaux de base, est venue accentuer la précarité de vie des populations.

D'importants groupes vulnérables apparaissent ainsi. Présents surtout dans les sociétés rurales et les populations des quartiers urbains pauvres, ils sont principalement constitués des travailleurs de l'informel dont une frange importante se trouve être des femmes. Par conséquent, la charge financière que représentent les soins de santé s'avère lourde pour ces populations, confrontées à l'absence quasi générale de couverture sociale.

Face à cette situation, des associations et autres groupements se sont mobilisés et se sont efforcés de trouver des solutions leur permettant de disposer d'une protection sanitaire adéquate. L'avènement des mutuelles de

---

<sup>1</sup> FNUAP, *Rapport sur l'Etat de la population mondiale*, 2004, P52

santé s'inscrit dans cette perspective et constitue un phénomène émergent dans bon nombre de pays africains<sup>2</sup>.

Au Sénégal, la mutualité dans le domaine de la santé est récente. La première mutuelle de santé communautaire a été mise en place à Fandène en 1989. Depuis, les mutuelles de santé se sont propagées vers les autres localités du pays. De plus, leur nombre est passé de 19 à 79 mutuelles de santé entre 1997 et 2003<sup>3</sup>. Cette prolifération relativement rapide a suscité l'intérêt des populations, du gouvernement, des ONG et des organisations internationales.

La présente recherche consiste à évaluer l'apport des mutuelles de santé sur la protection sanitaire des populations défavorisées, particulièrement en milieu urbain.

Pour ce faire, la mutuelle de *santé Wer – werlé* de Guédiawaye a retenu notre attention. Initiée par le réseau des groupements du Programme des Femmes en Milieu Urbain (PROFEMU), cette mutuelle se distingue de beaucoup d'autres par le fait qu'elle cible exclusivement les femmes. De plus, elle fait partie intégrante d'un Fonds de micro-crédit

Notre méthodologie s'est plus appuyée sur une démarche qualitative. En ce sens, elle a privilégié comme techniques de recherche l'exploration et les entretiens. Toutefois, la dimension quantitative n'a pas été ignorée. Des données relatives à l'ampleur et à l'importance des mutuelles sur le territoire national, et plus particulièrement sur la mutuelle ciblée par notre étude ont été utilisées.

L'étude se structure en trois grandes parties :

La première partie concerne le champ théorique et méthodologique de notre objet d'étude.

---

<sup>2</sup> En 2000, les 2/3 des 50 mutuelles de santé inventoriées en Afrique de l'Ouest et du Centre avaient moins de 3 ans. Voir : **C.Atim**, *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins*, STEP, 2000, PVIII.

<sup>3</sup> **Concertation**, *Inventaires des mutuelles de santé en Afrique : 1997, 2000, 2003*

La seconde partie est une description des systèmes de santé et de protection sociale au Sénégal. Elle fait un diagnostic de la situation de la mutualité santé dans le pays. Elle se termine par une présentation de la mutuelle de santé « *wer – werle* ».

La dernière partie porte sur l'analyse et l'interprétation des données recueillies sur le terrain.

# PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

## CHAPITRE I : LE CADRE THEORIQUE

Ce chapitre renvoie au champ conceptuel de l'étude. Dans cette partie seront dégagés la problématique, les objectifs, les hypothèses, la clarification des concepts, la revue de la littérature, le modèle d'analyse et l'intérêt de l'étude.

### 1.1. Problématique

La mise en œuvre des politiques d'ajustement structurelles dans la plupart des pays du Sud au début des années 80 marque la fin de l'Etat-Providence. Ces programmes se sont accompagnés d'une atténuation du rôle de l'Etat dans les secteurs sociaux, plus particulièrement dans le secteur de la santé. L'Etat, qui devait fournir les services de santé et en assurer financièrement les charges, s'est par la suite désengagé de sa fonction de protecteur social au profit de la libéralisation.

Cette situation s'est traduite par l'émergence d'un secteur privé de la santé (cliniques, cabinets médicaux...) et par l'instauration de la tarification des services au niveau des structures publiques de santé. La suppression des soins de santé gratuits, appliquée dans un contexte de précarité économique, a favorisé l'accroissement des inégalités en matière d'accès aux soins.

Ainsi, on assiste à une dégradation croissante de la situation sanitaire dans les pays en développement avec l'élévation des taux de morbidité et de mortalité. Les taux de couverture vaccinale et prénatale n'y atteignent pas 50% et les taux de fréquence des services curatifs restent en dessous de 0,4 consultations par an et par personne.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> M.GENTILI, *La coopération dans le secteur de la santé*, HCCI, 2002, pp 39-40

Au Sénégal, en particulier, la situation sanitaire demeure préoccupante. Malgré l'effort consenti par l'Etat pour rehausser le budget de la santé au cours des dix dernières années dans le but d'atteindre la norme de 9% du budget national tel que préconisé par l'OMS<sup>5</sup>, les taux de morbidité et de mortalité sont encore très forts.

L'Enquête Démographie Santé (EDS III) de 1997 révèle que 68 naissances sur 100.000 meurent avant leur premier anniversaire. La mortalité infanto-juvénile, elle, est passée de 80% en 94 à 69% en 1997. La mortalité maternelle, bien qu'ayant enregistré une baisse sensible ces dernières années surtout en milieu urbain, a un taux toujours élevé (510 décès pour 100.000 femmes qui donnent naissance à un enfant).

La couverture vaccinale principalement contre les maladies de l'enfance reste insuffisante malgré les efforts constatés et qui ont été réalisés dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) : 42% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu tous leurs vaccins et 31% seulement avant leur premier anniversaire. La morbidité et la mortalité sont dues au Sénégal, comme partout ailleurs dans les pays en voie de développement, à quelques pathologies comme le paludisme et les maladies diarrhéiques ( qui avoisinent tous les deux 25% des cas déclarés dans les formations sanitaires), à la malnutrition (1 enfant sur 5 souffre d'insuffisance pondérale et 9,2% présentent une sous-nutrition chronique ou émaciation ) aux maladies respiratoires et enfin aux maladies liées à la grossesse et à l'accouchement (DSRP, 2002 ).

Par ailleurs, la couverture des hôpitaux et des postes de santé est jugée insuffisante en rapport avec les recommandations de l' OMS. Un hôpital couvre 500.000 habitants, soit trois fois plus que les normes requises et un centre de santé est pour 160.000 habitants là où la norme est de 1 pour 50.000 habitants.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Le budget de la santé est passé de 10,9 milliards en 1987 à 18,7 milliards en 1996 en francs courants. Ce qui représente un accroissement de 70% en 10 ans. Voir : **Direction de la planification et des ressources humaines, Déclaration de la politique de population , 2002, P22**

<sup>6</sup> **Ministère de la santé, Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de santé (ESIS), 1999, P5**

En 1978, l'OMS avait établi une nouvelle charte lors de la conférence internationale de Alma Ata en Russie consistant en une réorganisation des politiques de santé particulièrement des soins de santé primaires. Celles-ci ont pour but de « *développer, à l'échelle des communautés, des soins simples mais accessibles à tous et cela par la formation d'agents de santé communautaires* »<sup>7</sup>.

A la suite de cette conférence, le Sénégal a redéfini sa politique de santé notamment par une hausse du nombre d'hôpitaux, de postes de santé et une augmentation de la couverture vaccinale. Cependant, ces efforts pour mettre en place de meilleurs services de santé en vue d'atteindre l'objectif de « la Santé pour Tous » se sont soldés par des échecs. Le financement étant insuffisant, « *les agents de santé, pour la plupart mal formés et mal équipés, n'avaient que peu de temps à consacrer à la prévention et aux services communautaires* »<sup>8</sup>.

Une révision des objectifs de « la Santé pour Tous » a été formulée par l'OMS en collaboration avec l'UNICEF lors de « l'Initiative de Bamako » qui avait rassemblé la quasi totalité des ministres de la santé des pays africains en 1987. L'idée centrale reposait sur le « cofinancement de la santé par la communauté ». L'Initiative est établie sur la nécessité d'une prise en charge, au moins partielle, des dépenses de santé par les usagers eux-mêmes. Le but est d'« *assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique* »<sup>9</sup>.

L'adhésion de l'Etat sénégalais à cette Initiative s'est concrétisée à travers la mise en place des comités de gestion dans les centres de santé, l'adoption des Médicaments Essentiellement Génériques (MEG) et la généralisation du recours des coûts des soins par la facturation aux usagers,

---

<sup>7</sup>G.PISON et al., *Les changements démographiques au Sénégal*, PUF, Paris, P102

<sup>8</sup> M.GENTILI, *La coopération dans le secteur de la santé*, 2002, P10

<sup>9</sup>D. Evrard, « Mutuelles de santé en Afrique : mouvement émergent ou phénomène de mode ? », *Courrier de la Concertation*, n°9, Janvier 2003, P11

tant au niveau des soins de santé primaires qu'au niveau des soins hospitaliers.

Toutes ces mesures ont fait apparaître de nombreux aspects positifs, notamment par les réalisations en faveur de la redynamisation des centres de santé ainsi que des soins de santé primaires. Comme le souligne le rapport de l'UNICEF, « *l'Initiative a contribué à l'extension de la couverture sanitaire en assurant la disponibilité continue de médicaments essentiels et de vaccins* »<sup>10</sup>.

Néanmoins, elle n'a pas eu les résultats escomptés. La facturation directe du patient, phénomène que certains ont appelé « le paradoxe des payeurs pauvres »<sup>11</sup>, a eu pour effet de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins et, partant, une baisse généralisée de la fréquentation des centres de santé et même des hôpitaux.

Cet état de fait résulte de la paupérisation devenue plus manifeste suite à la dévaluation du franc CFA en Janvier 1994. Le PNB par habitant est passé de 710 à 456 \$ dans la même période et en 2001, le pourcentage de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté atteignait 53,9%<sup>12</sup>. Du coup, le Sénégal est passé des pays à revenu intermédiaire à pays à faible revenu. Le pouvoir d'achat des Sénégalais se trouve diminué suite à la hausse des prix des denrées de premières nécessités, faisant que, pour les chefs de ménages, « *payer pour des soins médicaux était moins prioritaire que nourrir la famille* ». <sup>13</sup>

Par ailleurs, cette récession économique va contribuer, comme le souligne Boubacar LY, « *à problématiser à nouveau la pauvreté* »<sup>14</sup>. Celle-ci, en prenant de nouvelles dimensions, n'est plus le propre du monde rural ; elle a gagné les villes où la diminution constante des revenus limite les

---

<sup>10</sup> UNICEF/CREDESA, *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre : origines, opérationnalisation et défis*, 1996, P57

<sup>11</sup> J.P.Foiry, « L'Initiative de Bamako : quels bénéfices pour les pays pauvres », in *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XIXème siècle*, PUF, 2001, P59

<sup>12</sup>DPS, *ESAM II*, 2001

<sup>13</sup> UNICEF/CREDESA, *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre*, 1996, P11

<sup>14</sup> B.LY « Sénégal : Analyse des grandes tendances des politiques de lutte contre la pauvreté », *Ajustement et hégémonismes en Afrique*, Aide transparence Afrique/OXFAM América, 2002, P27

possibilités de redistribution. Ainsi, la pauvreté urbaine se situe à la fois « *au niveau des individus et des ménages, exprime des inégalités et est surtout relative à l'accès aux services urbains (...) et à la possibilité pour les éléments les plus vulnérables de trouver un système de solidarité et d'appui* ». <sup>15</sup>

Cette précarité de vie de la population majoritaire est accentuée par la grande hétérogénéité qui caractérise le système de couverture sociale sénégalaise. En effet, plus de la moitié de la population ne dispose pas d'une couverture sociale formelle. Seules quelques catégories socioprofessionnelles (fonctionnaires et salariés du secteur privé) bénéficient d'une protection sociale organisée et encore la prise en charge n'est-elle que très partielle.

Dans le domaine de la santé, seules quelques 1.200.000 personnes, soit 13,3% de la population totale du Sénégal, bénéficient d'une prise en charge effective en matière de soins de santé<sup>16</sup>. Par conséquent, pour la grande majorité de la population, en l'occurrence les sans-emploi, les travailleurs intermittents, les employés de maison, les travailleurs du secteur informel..., il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé.

Pour pallier cet état de fait, les pouvoirs publics, à travers la mise sur pied du PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) pour la période 1998-2007, réorientent la politique de santé et d'action sociale en l'axant fondamentalement sur la prévention. A ce titre, le développement des mutuelles fait partie des objectifs prioritaires retenus dans le cadre de ce Plan. C'est ainsi que les mutuelles de santé, ces formules communautaires de prise en charge du financement des soins de santé, se sont développées considérablement ces dernières années et cherchent à élargir la protection sociale aux populations démunies. Reposant sur des principes de solidarité,

---

<sup>15</sup> **loc.cit**, P69

<sup>16</sup> **C.FALL, *Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes***, BIT, 2003, P7

de prévoyance et de démocratie, elles se veulent un outil de développement favorisant l'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé.

La mutuelle de santé *Wer-werle*, sur laquelle porte notre étude, suit la même logique. Cette mutuelle cible uniquement les femmes. Ces dernières, par ailleurs membres des mutuelles d'épargne et de crédit du PROFEMU, sont pour la plupart actives dans l'économie informelle.

Maintenant, il s'agit de voir si ces mutuelles arrivent à mettre en place les stratégies adéquates pour répondre à la demande de ces populations en matière de soins.

En tant qu'organisation sociale, la mutuelle est le théâtre d'un ensemble d'interactions entre les différents acteurs (responsables, adhérents, prestataires). Nous chercherons à voir comment s'articulent ces différents rapports.

Par ailleurs, en référence à ces principes de base cités plus haut, la mutuelle contribue t-elle à l'amélioration de l'état sanitaire de ses cibles et, par la même occasion, au renforcement des liens sociaux entre ses membres ? Favorise t-elle, d'un autre côté, la responsabilisation des membres par la voie de l'autogestion ?

Il serait intéressant aussi de voir l'effet de la composante « micro-finance /mutuelle de santé ». Quelle serait la résultante d'une synergie des mutuelles avec une Caisse de crédit à l'intention des membres ? Aura-t-elle une incidence positive sur la participation financière de ces derniers ?

L'objectif de ces mutuelles de santé étant d'assurer aux populations défavorisées des soins de santé adéquats, il se pose alors avec acuité la question des attitudes et habitudes développées en matière de recherche de soins.

En effet, beaucoup d'études anthropologiques ont montré que dans beaucoup de cas, la maladie entraîne différents types de recours

thérapeutiques (traditionnel, moderne, spirituel...). D'après Didier Fassin <sup>17</sup>, le déterminant économique est l'un des éléments majeurs pouvant orienter les choix thérapeutiques. Partant de ce constat, la question qui se pose est de savoir si la mutuelle, en réduisant les coûts liés à la maladie, a apporté des changements en ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques auparavant adoptés par ces populations.

C'est à toutes ces questions que nous nous proposons d'apporter des réponses au cours de cette étude.

---

<sup>17</sup> **D.Fassin**, *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, 1992, P118

## **1.2. Objectifs**

### **1.2.1. Objectif général**

L'objectif principal assigné à cette étude est de saisir la portée des mutuelles de santé dans l'élargissement de la protection sociale, notamment sur le plan sanitaire, aux exclus du système de couverture sociale formelle.

### **1.2.2. Objectifs spécifiques**

Nous nous proposons, au cours de cette étude, de :

- cerner la dynamique existante au sein de la mutuelle en décrivant son système organisationnel (structuration, fonctionnement,...) ;
- identifier les adhérentes en insistant plus particulièrement sur l'appréciation qu'elles ont de leur mutuelle et sur les changements que celle-ci a apportés à leurs conditions de vie ;
- examiner l'influence de l'accès au crédit sur la participation financière des membres ;
- analyser les comportements des membres dans la recherche de soins en tenant compte de leur adhésion à la mutuelle ;

En somme, voir l'impact de la mutualité santé sur l'accessibilité des populations aux soins de santé.

## **1.3. Hypothèses**

### **1.3.1.Hypothèse générale**

La mutuelle de santé, en facilitant l'accès aux services sanitaires à ses membres, constitue un système de protection des couches défavorisées face aux risques de maladies ; mais, la faiblesse des revenus de sa population cible et l'absence de formation des gérants sont les principaux facteurs qui limitent l'impact des actions de la mutuelle.

A partir de cette hypothèse générale, nous allons dégager quelques hypothèses spécifiques.

### **1.3.2.Hypothèses spécifiques**

- L'identification, au départ, des besoins de la cible détermine l'importance des adhésions.
- L'affiliation préalable des membres à un fonds de micro-crédit va améliorer leur capacité contributive.
- La mutuelle contribue à l'épanouissement de ses membres par le renforcement d'un sentiment de sécurité et de solidarité
- L'adhésion à la mutuelle n'opère pas un changement des comportements habituels déployés par les populations en matière de recherche de soins. Ces recours sont davantage attachés à des valeurs socioculturelles.

#### 1.4. Définition des concepts

Pour mener à bien cette étude, il nous a paru nécessaire d'explicitier les concepts-clés de notre sujet : protection sociale, mutuelle de santé, assurance, démocratie et solidarité.

La **protection sociale** peut être définie comme étant l'ensemble des régimes destinés à protéger les personnes contre les conséquences des principaux risques de l'existence. Elle recouvre en général tout ou une partie des domaines suivants : maladie, maternité, décès, retraite, chômage, précarité...

En d'autres termes, par protection sociale, il est entendu « *la couverture que la société ou une organisation assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques ou privées* »<sup>18</sup>

En outre, la protection sociale possède un aspect institutionnel. Elle regroupe, d'un côté la sécurité sociale et d'un autre, l'assistance sociale. La sécurité sociale constitue l'ensemble des mesures coordonnées visant à protéger l'individu face aux risques sociaux définis dans la convention de chaque Etat, tandis que l'assistance sociale couvre des situations qui échappent à la sécurité sociale.

De ce fait, la protection sociale se répartit généralement en deux volets majeurs : un volet « Santé » nommé Assistance médicale et un volet « Chômage, Maladie, Vieillesse » qui s'occupe de l'assistance de revenu de remplacement en cas d'absence de travail.

Ainsi, la protection sociale vise essentiellement à assurer la sécurité du revenu ainsi que l'accès aux soins de santé et des services sociaux indispensables.

Plusieurs acteurs peuvent y intervenir. En dehors de l'Etat et des organismes institutionnels de protection sociale, il y a la famille, les réseaux

---

<sup>18</sup> STEP/BIT, *Micro-assurance santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, 2002, P6

de solidarité locale, les entreprises, les institutions de la société civile...qui assurent une certaine couverture à leurs membres.

Diverses formules ont ainsi essaimé sur le continent : associations, tontines améliorées dans la prise en charge des frais de maladie, épargne individuelle santé, coopératives de santé, mutuelles de santé...

Pour cette étude, nous portons un intérêt particulier aux **mutuelles de santé** qui constituent une donnée relativement nouvelle au Sénégal. Elles sont initiées par les populations elles mêmes, d'où le terme « autoprotection sociale » utilisé dans l'intitulé de cette étude. Ces systèmes ont la vocation d'être accessibles aux personnes qui ont des revenus bas ou irréguliers, notamment aux travailleurs du secteur informel.

Selon le dictionnaire Universel, la mutualité est un système 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, Chris Atim 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 tous les membres. Au moyen de cotisations 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<sup>19</sup>.

En bref, nous avons appelé mutuelle de santé tout organisme regroupant sur une base professionnelle, communautaire ou territoriale des individus ayant décidé de se protéger contre un certain nombre de risques en rapport avec la maladie et qui, pour cela, mettent en jeu un système d'assurance, de démocratie et de solidarité.

---

<sup>19</sup> ANMC-WSM-BIT/ACOPAM, *Guide pratique des mutuelles de santé en Afrique*, 1996, p11.

Par ailleurs, il est à noter que dans toutes les définitions qui précèdent, l'idée d'assurance, de démocratie et de solidarité ressortent constamment et constituent ainsi les principes fondamentaux sur lesquels repose la mutuelle de santé.

Qu'est ce qu'on entend exactement par ces trois concepts ?

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 la 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, le terme assurance implique toujours les notions de garantie (obligation d'indemniser de la part de l'assureur) et de cotisation (versement régulier d'une somme donnée venant des souscripteurs). L'assurance permet ainsi à plusieurs personnes de partager les risques.

D'après ces éclaircissements, l'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.

Quant à la notion de **démocratie**, elle s'utilise souvent pour faire état d'un régime politique où la souveraineté est exercée par le peuple. Un système est qualifié de démocratique s'il est la portée du plus grand nombre et reflète en même temps leurs aspirations.

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 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. La solidarité est l'une des valeurs de base des sociétés africaines et s'exprime souvent à travers une aide sans réciprocité envers les plus démunis.

Pour ce qui 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 jeunes et vieux et entre les différentes catégories sociales de ses adhérents.

La clarification de ces trois concepts évoque d'autres questionnements. En effet, l'on peut se demander comment un système d'assurance, laquelle est par nature basée sur le profit, peut s'adapter à une organisation qui fonctionne sur le principe de la non-lucrativité et sur celui de la solidarité ? Comment celle-ci peut-elle répondre à la logique de gestion économique et de transparence comptable que requiert la démocratie dans une mutuelle ?

Cette définition des concepts nous a permis de mieux appréhender les termes sur lesquels repose notre sujet d'étude. Nous allons nous atteler maintenant à une revue des écrits qui portent sur notre thème d'étude notamment la protection sociale et les mutuelles de santé plus particulièrement.

## 1.5. Revue de la littérature

Le thème de la protection sociale a d'abord été traité sous l'angle de la sécurité sociale formelle. Quand on parlait de protection sociale, il était entendu seulement les mesures de couverture sociale établies pour les travailleurs du secteur public ou privé. Ainsi, il existe une série de manuels publiés par le BIT traitant de la sécurité sociale dans les pays en développement. Parmi ceux-ci, **Les Principes de la sécurité sociale**<sup>20</sup> constituent un aperçu général sur les différents types de régimes de sécurité sociale existants. Cet ouvrage aborde aussi le financement de ces régimes et ses effets sur l'économie de ces pays. Un autre manuel de cette série, **L'Administration de la sécurité sociale**<sup>21</sup>, essaie de fournir un mode de gestion de ces régimes en rapport avec les réalités locales.

Ces ouvrages, en présentant les différentes catégories des ayants droit, ont le mérite de faire prendre conscience de l'importance de la population laissée en rade par ces régimes.

Aujourd'hui, avec l'apparition de plus en plus nombreuse de couches vulnérables, les choses ont évoluées. De nombreux auteurs promulguent l'extension de la protection sociale au secteur non structuré. Dans **La Sécurité sociale, un nouveau consensus**<sup>22</sup>, il est proclamé de nouvelles résolutions concernant la protection sociale. L'une d'elles consiste à mettre au point une conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur, en somme, à « *intégrer l'économie informelle dans l'économie formelle* ». Par ailleurs, d'autres points ont été soulevés dans ce rapport notamment la sécurité des revenus des chômeurs, l'égalité entre homme et femme en matière de couverture sociale, l'incidence du VIH/SIDA sur la sécurité sociale entre autres.

Dans la même perspective, l'ouvrage intitulé **Réflexions sur les stratégies de réformes de la protection sociale en Afrique francophone**

---

<sup>20</sup> BIT/AISS, *Les Principes de la sécurité sociale*, Genève, 2001, 140p

<sup>21</sup> BIT/AISS, *L'Administration de la sécurité sociale*, Genève, 2001, 201p

<sup>22</sup> BIT, *La sécurité sociale : un nouveau consensus*, Genève, 2002, 126p

**au Sud du Sahara** <sup>23</sup>réunit une série d'articles qui essaient de mesurer la crise dans laquelle sombrent les régimes de protection sociale dans ces pays. En traitant tour à tour la sécurité sociale sous ses différents aspects, c'est à dire en rapport avec l'environnement social, le cadre juridique, le contexte économique, les auteurs analysent les causes et la nature de ces crises. En outre, ils mettent en évidence le contenu des réformes indispensables à une bonne reprise de ces systèmes.

L'un des mérites de cet ouvrage est de montrer que même la prise en charge dont bénéficie seulement une infime partie de la population souffre de nombreuses lacunes.

Dans le même ordre d'idées, le rapport de Couty Fall met en parallèle les nouvelles mesures institutionnelles initiées par les autorités sénégalaises (régimes d'assurance volontaire de Caisse de Sécurité Sociale) et celles prises par la société civile (mutuelles) pour assurer la couverture des acteurs de l'informel. Ce document intitulé **Etendre l'assurance santé : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes**<sup>24</sup> dévoile en même temps les principales 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.

En ce qui concerne les études consacrées aux mutuelles de santé, la plupart s'inscrivent dans un volet d'information ou de promotion. Parmi ceux-ci, il y a **Micro-assurance santé : guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique**<sup>25</sup>. C'est une sorte de support pédagogique destiné aux promoteurs potentiels des mutuelles et qui fait état des conditions d'implantation, des principes de fonctionnement, de la mise en place et de la formulation du plan d'action.

---

<sup>23</sup> BIT, *Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale en Afrique francophone au Sud du Sahara*, Genève, 2000, 199p

<sup>24</sup> C.Fall, *Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes*, BIT/Genève, 2003, 39p

<sup>25</sup> BIT, *Micro-assurance santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, Genève, 2002, 71p

De même, **Guide pratique des mutuelles de santé en Afrique**<sup>26</sup> traite entre autres de la mise en place, de l'organisation administrative de la gestion financière, de celle des adhésions et des risques dans une mutuelle. Cet ouvrage vise à renforcer les connaissances et les compétences des utilisateurs dans la gestion des mutuelles.

De la même façon, le **Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé**<sup>27</sup> réparti en deux volumes, donne une méthodologie et des indications pratiques pour la gestion d'une mutuelle. **Mutuelle de santé et associations de micro-entrepreneurs**<sup>28</sup> est aussi un guide produit en partenariat avec le BIT/SEED. Il fournit des informations de base nécessaires pour apprécier les avantages mais aussi les difficultés de création des mutuelles à partir des associations de micro-entrepreneurs.

Dans un autre registre, on peut noter la vidéographie produite par le projet PHR+ et qui entre toujours dans le cadre d'une sensibilisation. Ce film intitulé **Meilleures pratiques des mutuelles de santé** vise à aider les nouvelles mutuelles et celles déjà existantes à élaborer et à mettre en application leurs programmes d'une manière qui contribuera à leur succès et à leur durabilité dans le long terme.

Ainsi on constate que tous ces guides sont des éléments de références à l'intention des administrateurs des mutuelles de santé en même temps qu'ils constituent des matériaux d'appui à des formations sur la gestion. D'un autre côté, ce sont des outils de promotion des mutuelles de santé. Ils ont le mérite de nous éclairer sur le concept de mutualité et de ses principes de base, sur ses origines et de façon générale, sur l'organisation et le fonctionnement interne d'une mutuelle. Cependant, ils ne relèvent pas de recherches scientifiques ou académiques.

Par ailleurs, des études plus poussées ont été faites sur les mutuelles de santé. L'ouvrage de Chris Atim, **Contribution des mutuelles de santé au**

---

<sup>26</sup> ACOPAM/BIT, *Guide pratique des mutuelles de santé en Afrique*, 164p

<sup>27</sup> BIT, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, 2003, 201p

<sup>28</sup> STEP/BIT/SEED, *Mutuelles de santé et association de micro entrepreneurs*, Genève, 2001, 64p

**financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé**<sup>29</sup> est une synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. L'auteur y analyse la contribution des mutuelles à la performance et au financement du secteur de la santé. De nombreux thèmes constituent l'objet de cette étude : l'efficacité, l'équité, l'accessibilité des soins, la viabilité des mutuelles... Cependant, elle ne s'est pas penchée sur l'apport des mutuelles à la vie sociale ou civique de ces membres.

Le **Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal**<sup>30</sup> produit par la CAMICS entre dans la même logique descriptive que celui de Atim. Ce Plan fait le diagnostic de la situation de la mutualité dans le secteur de la santé au Sénégal et dresse un plan stratégique axé sur les objectifs de la mutuelle à long terme, les stratégies mises en œuvre, les activités, les ressources mobilisées et les procédures de gestion.

La dimension sociale des mutuelles a été prise en compte dans l'étude faite par M.Baye SENE intitulé **Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé**<sup>31</sup>. L'évaluation de cette contribution a été faite à travers la disponibilité et l'accessibilité financière et géographique des services offerts. L'étude n'a pas pris en compte cependant des changements intervenus dans l'état sanitaire des membres.

Par ailleurs, il est à noter qu'une approche sociologique des mutuelles a été donnée par Fatoumata Kane dans son mémoire **« Etude sociologique de la mutualité Santé à travers la perception de ses adhérents et des changements apportés au vécu de ces derniers »**<sup>32</sup>. Elle a cherché à cerner les points de vue des adhérents par rapport à leur passé d'avant-mutuelle mais aussi à leur situation présente. Ce faisant, elle a montré le rôle de la

---

<sup>29</sup> C.Atim, *Contribution des mutuelles de santé à la fourniture, au financement et à l'accès aux soins de santé*, STEP, 2000, 69p

<sup>30</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, 2004, 61p

<sup>31</sup> Mb.Sène, *Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé*, mémoire de fin d'études en service social, Université Laval

<sup>32</sup> F.Kane, *Etude sociologique de la mutualité santé à travers la perception de ses adhérents et des changements apportés au vécu de ces derniers*, mémoire de DEA de sociologie, UCAD, 2002, 54p

mutuelle et les mutations que celle-ci a engendrées notamment sur l'état sanitaire de ses membres.

Thélot, dans son mémoire intitulé **Les mutuelles de santé de Thiès et la question de la gouvernance dans le secteur de la santé**<sup>33</sup> suit la même perspective sociologique. Cependant, il inscrit son étude dans une optique politique en cherchant à évaluer l'influence des mutuelles sur le comportement des prestataires de soins et des autorités publiques.

Sur le plan économique, le rapport de Justin Tine et de Johannas Jutting, intitulé **Microsystèmes d'assurances et mesures de santé dans les pays en voie de développement**<sup>34</sup>, est une analyse empirique de l'impact des mutuelles sur la demande de soins et sur les dépenses de santé en milieu rural.

Une étude de faisabilité des mutuelles de santé a été réalisée à Diourbel comme dans beaucoup d'autres localités. L'étude intitulée **Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel**<sup>35</sup> a cherché les facteurs économiques, sociaux et culturels pouvant favoriser ou entraver la mise en place de mutuelles dans cette région.

L'exposé de cette littérature consacrée aux mutuelles de santé a montré que la quasi totalité des études sociologiques ou autres relevant d'une recherche scientifique ou opérationnelle au Sénégal et dont nous avons pris connaissance ont eu pour principal cadre le milieu rural. Pour notre part, l'étude sera axée dans un cadre urbain où les mutuelles ont connu aussi un développement relativement rapide.

En outre, l'incidence d'une caisse d'épargne et de crédit dans le fonctionnement d'une mutuelle n'a pas été évaluée. L'effet de cette association existante dans certaines mutuelles fera l'objet d'une analyse

---

<sup>33</sup> **F-L.Thélot**, *Les mutuelles de santé de Thiès et la question de la gouvernance de le secteur de la santé au Sénégal*, Mémoire de maîtrise de sociologie, UCAD, 2003,144p

<sup>34</sup> **J.Jutting et J.Tine**, *Micro système d'assurances et mesures de santé dans les pays en développement*, ZEF/Bonn, 2000,62p

<sup>35</sup> **GUEYE Amadou Talla et al.**, *Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel : Rapport de l'étude de faisabilité technique et financière*, Hôpital Régional de Diourbel/EPOS , 2001, 103P

dans cette présente étude. En plus, celle-ci a la particularité d'étudier l'apport de la mutuelle sur une couche de la population comptant parmi les plus défavorisées en matière de couverture sociale à savoir les femmes.

### **1.6. Modèle d'analyse**

L'approche dans laquelle nous entendons inscrire notre étude s'inspire de la sociologie de l'action.

Qu'en disent les nombreuses théories ? Et dans quelle perspective va se situer notre recherche ?

Le concept d'action qui désigne, selon Guy Rocher, l'activité du sujet individuel ou collectif, est analysé sous différents angles par les auteurs.

Durkheim perçoit l'action sociale comme *l'ensemble des manières d'agir, de penser, et de sentir extérieures à l'individu et qui sont dotées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel elles s'imposent à lui*. Cette conception, qui objectivise l'action et souligne son extériorité par rapport à l'individu s'écarte de celle de Weber qui cherche à comprendre et à expliquer les actions à partir des significations subjectives.

Parsons va constituer une théorie plus générale de l'action en intégrant à la fois les apports de Durkheim et de Weber. Sa méthode, qualifiée de structuro-fonctionnaliste, va procéder à un dépassement de ces deux théories en se proposant d'analyser le fonctionnement global de la société. Parsons va considérer l'action humaine dans son sens le plus large en incluant non seulement les comportements extérieurs observables mais aussi les sentiments, aspirations et désirs. A cet effet, il situe l'action dans un contexte à la fois biologique, psychologique, social et culturel. Selon lui, tout système social doit répondre à quatre impératifs fonctionnels : l'adaptation, la réalisation des fins, l'intégration et le maintien des modèles culturels.

Les théories contemporaines, notamment celles de Crozier et de Touraine vont reformuler la problématique de l'action sous un autre angle.

Loin de s'opposer aux théories précédentes, la conception de Crozier va adopter une démarche en partie fonctionnelle. Dans ces analyses, il met en relief l'insuffisance des définitions abstraites et générales de l'action dans l'explication des types concrets d'activité dans les organisations. Il fait ressortir les relations de pouvoir par lesquels l'acteur déploie toutes les stratégies que lui permettent les marges de manœuvres et de négociations dont il dispose. En ne s'intéressant qu'au fonctionnement des organisations, Crozier ne tient compte ni des structures encore moins des représentations, idées et cultures.

Alain 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 à une sociologie de la société une « sociologie des acteurs ».

Cette analyse de l'action développée par Touraine va contribuer grandement à nous guider dans cette étude. Celle-ci se focalise sur deux volets : décrire l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle, en d'autres termes, s'intéresser à la « structure » et d'autre part, comprendre son impact sur 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, s'écarte de celle de Marx qui conçoit l'action, principalement le 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 »<sup>36</sup>.*

En fait, ce modèle s'inscrit dans la lignée de l'historicité, concept auquel Touraine a donné une importance capitale dans ses analyses. L'action historique lui apparaît comme « *l'ensemble des activités des membres d'une société qui sont destinés à provoquer, freiner ou empêcher des transformations de l'organisation sociale dans sa totalité ou dans certaines de ces parties* ». Madeleine Grawitz<sup>37</sup> souligne que la réalité sociale est vue ici sous l'angle d'un système d'actions dans lequel la notion de travail devient le fondement des concepts de « sujet historique » et « d'actions historiques », éléments essentiels de la méthode actionnaliste.

De ces analyses, il apparaît clairement que le concept d'action historique est très proche de celui de changement social. En effet, pour Guy Rocher, si l'action historique décrit l'activité d'acteurs sociaux, le changement social, lui est le produit observable de cette action. Il traduit, selon l'expression de Touraine, « l'histoire en train de se faire ».

Ainsi, le modèle actionnaliste de Touraine s'applique à l'étude des mutuelles. Ces dernières, à travers l'approche novatrice qu'elles ont introduite en matière de prise en charge des soins de santé, peuvent être considérées comme des vecteurs de changement social.

De la même manière, l'approche de « mobilisation sociale » pourra aussi être adaptée à cette recherche. Cette approche part de la conception selon laquelle tout peuple, quel que soit son état de pauvreté, possède en lui un potentiel humain et technique non négligeable. Celui-ci, qui se trouve être les savoirs, les expériences, les ressources culturelles, les techniques d'organisation sociale, bref les capacités d'innovation, de production et d'action, peut être capitalisé et converti en action collective afin de résoudre les problèmes auxquels ce peuple est confronté.

---

<sup>36</sup> P. ANSART, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Le Robert Seuil, Paris, 1999, P7

<sup>37</sup> M.GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 1996, P141

La mobilisation sociale peut donc être définie comme étant ce processus continu d'animation et de réflexion collective, cet ensemble de services et de formations offerts à une communauté dans le but d'atteindre sa participation. La participation étant considérée ici comme « *la contribution physique, mentale, financière, matérielle et spirituelle de ladite population dans la résolution des problèmes* ». <sup>38</sup>

Cette participation au développement, que les Anglo-saxons désignent sous le nom de « self help », est considérée dans ce contexte comme un phénomène d'organisation sociale caractérisée par un ensemble de règles d'association bien définies permettant à une collectivité d'harmoniser sa fin et ses moyens dans la lutte contre la pauvreté.

Ainsi, nous pouvons dire que c'est cette même approche que développent les mutuelles de santé. Ses membres, ne sont pas des « consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. En ce sens, la mutuelle peut être considérée comme un mouvement social dont les membres, conscients de leurs conditions de vulnérabilité, se sont regroupés et mobilisés dans une optique de participation en vue d'éradiquer leurs problèmes de santé.

### **1.7. Intérêt de l'étude**

Dans un contexte sénégalais de pauvreté accrue caractérisée dans le champ de la santé par les difficultés liées à l'insuffisance de l'offre et à la limitation de l'accès, les exclus du système de protection formelle expriment de plus en plus le besoin de créer un environnement favorable à l'épanouissement de leur santé.

Dès lors, la grande mobilisation de la société civile par le développement de nouveaux systèmes d'assurance volontaire axés sur la mise en commun des risques de maladies ne peut manquer d'attirer

---

<sup>38</sup>T.E.L.KABORE et al., *Guide méthodologique d'une approche de mobilisation sociale*, Mwangaza Action, Ouagadougou, 1998, P11

l'attention des penseurs en sciences sociales et de ceux qui s'intéressent à la promotion de la santé en particulier.

La justification de ce présent thème relève donc de notre volonté à apporter une contribution, si minime soit-elle, à l'étude des nouvelles stratégies initiées par les populations elles mêmes en vue d'éradiquer les problèmes de santé auxquels elles sont confrontées.

Chercher à comprendre et à mesurer l'impact des mutuelles sur la santé des populations vulnérables revient donc, pour nous, à participer à l'amélioration de ces systèmes de micro assurance-santé qui peuvent constituer un véritable créneau pouvant faire de « La Santé pour Tous » une réalité.

## CHAPITRE II : LE CADRE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre renvoie au cadre géospatial de l'étude, à la population-cible, aux méthodes utilisées dans l'échantillonnage et aux techniques d'investigation.

### 2.1. Univers de l'étude

La majeure partie des études dont nous avons pris connaissance et qui sont consacrées aux mutuelles de santé s'inscrivent dans un cadre rural. Cela s'explique par le fait que, d'une part, cette zone possède une longue expérience en la matière<sup>39</sup>. D'autre part, le problème de l'accessibilité, surtout dans sa dimension géographique, se fait davantage ressentir en milieu rural.

Cependant, il n'en demeure pas moins qu'en milieu urbain aussi, plus particulièrement dans les zones périurbaines, les populations ont développé ces mêmes formules de mutualité communautaire, parce que confrontées à des difficultés pour accéder aux services de soins, même si ces difficultés sont plus d'ordre financier que géographique.

C'est pourquoi nous avons opté pour la mutuelle de santé *Wer-Werlé* dont la zone d'intervention est principalement Dakar.

#### 2.1.1. Caractéristiques de la région de Dakar

La région de Dakar s'étend sur une superficie de 550km<sup>2</sup>, ce qui représente 0,3% du territoire national. Elle est la région la plus peuplée du Sénégal. Depuis les années 60, sa part dans la population totale a régulièrement augmenté. De 14% en 1967, elle a atteint 2.012.303 en 1996<sup>40</sup>, ce qui représente 23% de la population totale. La densité de la population est très élevée : elle est de 4040 habitants au km<sup>2</sup> contre 35 à l'échelle mondiale. Avec un taux de croissance annuel à hauteur de 5%

---

<sup>39</sup> Les mutuelles de santé communautaires sont apparues pour la première fois dans la communauté villageoise de Fandène à Thiès. Cette région en héberge parmi les plus anciennes et le plus grand nombre. Voir : Inventaire de la Concertation, 2004

<sup>40</sup> **Ministère de Santé**, *Plan Régional de Développement sanitaire* (PRDS), 1996

soutenu par un afflux continuuel de migrants, Dakar concentre à elle seule plus de la moitié de la population urbaine du pays.

La population de Dakar, à l'image du reste du pays, est très jeune (60% ont moins de 20 ans) et à dominante féminine (50,7% de femmes contre 49,3% d'hommes). La composition ethnique est très hétérogène. C'est en quelque sorte une mosaïque de toutes les ethnies du Sénégal. On y trouve des Wolof (42%), des Sérères, Pulaar, Diola, Mandingues...

Capitale du Sénégal, Dakar fait figure de métropole et concentre l'essentiel du potentiel administratif, économique et politique.

La rapidité de la croissance démographique laisse apparaître de nombreux problèmes sociaux ayant trait à l'éducation, à l'emploi, à l'assainissement, à la santé... La ville abrite à elle seule plus de 50% des pauvres en milieu urbain. Le taux d'analphabétisme est élevé surtout chez les femmes et le taux de chômage est de 16,4% contre 3,4% en milieu rural<sup>41</sup>. Les infrastructures sociales sont insuffisantes car sans cesse en deçà des besoins.

Les indicateurs physiques de santé révèlent un déficit en infrastructures de premier échelon, particulièrement dans les zones périurbaines, ce qui fait que les hôpitaux sont souvent confrontés à des effectifs excessifs.

Le découpage administratif fait apparaître quatre (4) départements : Dakar, Pikine, Rufisque et Guédiawaye. C'est dans ce dernier qu'est implanté la mutuelle de santé *Wer-Werlé*.

### **2.1.2. Présentation de la ville de Guédiawaye**

Située dans la banlieue Nord-Est à 13 Km de Dakar, Guédiawaye est issue de la politique de décongestion du centre ville consistant à déguerpier certains quartiers vers la périphérie. Initialement rattachée à la ville de Pikine, elle a été instituée en commune en 1990 et, par la suite, à la faveur

---

<sup>41</sup> **DPS**, *Enquête Sénégalaise, Auprès des Ménages* (ESAMII), 1995, P25

des politiques de régionalisation et de décentralisation, érigée en ville en 1996.

S'étendant sur une superficie de 12,9 km<sup>2</sup>, Guédiawaye abrite une population estimée à plus de 450.000 habitants<sup>42</sup> répartis dans 151 quartiers. Elle s'inscrit en troisième rang par sa population après Dakar et Pikine dans la communauté urbaine de Dakar. A l'image de la région, Guédiawaye regroupe l'ensemble des ethnies du Sénégal avec une prédominance des Wolofs. Les jeunes âgés de plus de 25 ans représentent 65%. Les femmes sont légèrement supérieurement aux hommes (55% contre 45%).

Comme dans la presque totalité des quartiers périurbains de Dakar, Guédiawaye est confronté à de nombreux problèmes sociaux et économiques. En effet, le secteur de l'éducation est caractérisé par un faible niveau scolaire avec un taux d'échec relativement important pour ceux qui ont la chance d'accéder à l'école. Il s'y ajoute un degré d'analphabétisme élevé parmi la population adulte.

L'économie, pour sa part, est marquée par une absence d'activités industrielles. En effet, Guédiawaye ne compte aucune unité industrielle. La majeure partie de sa population travaille dans le centre ville, faisant d'elle une ville dortoir.

La plupart des actifs évoluent dans le secteur tertiaire ou artisanal. Les activités commerciales occupent 21% de la population active et se font essentiellement au niveau des marchés (boutiques, échoppes). Les artisans (bijoutiers, cordonniers, teinturiers), les ouvriers et les tâcherons de type réparateur (mécanicien, tailleur, menuisier, Maçon...) représentent 27%.

Cette répartition reflète la précarité des activités. Par conséquent, le caractère aléatoire des revenus, associé à un taux de chômage élevé, laisse apparaître une pauvreté urbaine considérable (56% des ménages sont au

---

<sup>42</sup> **Direction de l'Aménagement du Territoire**, *Superficies et effectifs de population des entités administratives\_2000*, P4

dessus du seuil de pauvreté). Celle-ci est plus ressentie par les jeunes et les femmes souvent confrontés à une insuffisance de revenus<sup>43</sup>.

En outre, la ville est caractérisée par un manque d'équipements sociaux, phénomènes caractéristiques des villes banlieues dont la pression démographique et la forte demande en services sociaux sont très largement disproportionnées par rapport au budget local. En matière d'infrastructures sanitaires, la ville est dépourvue d'hôpitaux. L'appareil sanitaire consiste en un centre de santé, 15 postes de santé et 3 maternités, 1 dispensaire confessionnel (Mission catholique) et une pédiatrie (Institut de pédiatrie sociale).

Par ailleurs, il existe à Guédiawaye une dynamique populaire très dense. Celle-ci est perceptible à travers le nombre important d'associations (culturelles, religieuses, professionnelles), de Groupements d'Intérêt Economique (GIE), de Groupements de Promotion Féminine (GPF). Leurs actions portent généralement sur des initiatives privées d'entraide ou de mutualité (tontine, création de caisses d'épargne et de crédit...).

La ville de Guédiawaye est répartie en cinq communes d'arrondissements à savoir : Sam Notaire, Wakhinane, Ndiarème, Médina Gounass et Golf.

## **2.2. Population-mère**

Les adhérents des mutuelles de santé constituent notre population cible principale. En outre, il sera 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 santé.

### **➤ Délimitation**

L'inventaire effectué par la Concertation en 2003 fait apparaître 79 mutuelles de santé fonctionnelles au niveau national répartis comme suit :

---

<sup>43</sup> **Commune de Guédiawaye**, *Le Projet de Ville de Guédiawaye*, 1996, P8 ; **Commune de Guédiawaye**, *Zoom sur la ville de Guédiawaye*, 2002

23 à Dakar, 27 à Thiès, 8 à Kaolack, 7 à St-Louis, 6 à Louga, 4 à Diourbel, 3 à Fatick et à Ziguinchor et 1 à Tambacounda.

Face à un nombre aussi important et, eu égard à des moyens matériels et financiers limités, nous avons décidé de circonscrire l'étude à une seule mutuelle. De ce fait, nous avons opté pour une mutuelle implantée à Dakar compte tenu de l'environnement urbain dans lequel nous avons placé l'étude.

Le choix d'une mutuelle parmi toutes celles qui se trouvent à Dakar, répond à des critères bien précis qui épousent nos objectifs de recherche.

D'abord, seules les mutuelles de santé de type communautaire nous intéressent dans le cadre de cette étude. De ce fait, nous avons d'emblée écarté de notre champ d'étude les mutuelles de santé complémentaires (professionnelles), leurs membres bénéficiant déjà d'une protection maladie formelle qui leur assure l'accès à certains services sanitaires.

Le choix de la mutuelle devait tenir compte aussi de la zone d'intervention dans laquelle elle opère. Celle-ci devrait abriter une proportion importante de populations pauvres. C'est pourquoi les quartiers se trouvant en banlieue, dans lesquels les populations sont confrontées à une insuffisance en infrastructures sanitaires ainsi qu'à une faiblesse des revenus, ont attiré notre attention.

En outre, la cible fut déterminante dans la sélection d'une mutuelle. Le choix devait porter sur une mutuelle qui visait une catégorie ressentant d'énormes besoins en matière de couverture sanitaire, en l'occurrence les femmes, les jeunes en mal d'emploi ou les actifs de l'économie informelle.

D'autres considérations relatives à la taille et à l'ancienneté sont également entrées en jeu. En effet, il nous fallait une mutuelle de taille relativement grande avec une durée d'activités assez longue pour mieux identifier les changements intervenus.

De plus, un autre critère relatif au couplage « mutuelle de santé/mutuelle de crédit » a été pris en compte. La mutuelle choisie devrait être associée à un système de micro-finance.

Finalement, l'application de ces critères nous a permis de sélectionner une mutuelle implantée en milieu urbain, à savoir la mutuelle de santé *Wer Werlé* de Guédiawaye. De type communautaire, cette mutuelle est associée à un schéma de micro finance et couvre les départements de Dakar, Guédiawaye et Pikine. De plus, elle cible uniquement les femmes. Ces dernières, confrontées à de nombreux handicaps de départ (taux d'analphabétisme élevé, faible niveau de formation...) font partie des couches qui souffrent le plus de la précarité. Par ailleurs, il se trouve qu'au Sénégal, la moitié des femmes économiquement actives travaillent dans le secteur non structuré<sup>44</sup>, ce qui fait qu'elles ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale institutionnalisée.

Au vu de tout ce qui précède, cette mutuelle nous semble typique en rapport avec nos objectifs et avec la population que nous voulons étudier à savoir les exclus du système de protection sociale formelle. Par conséquent, elle peut servir de référence à toutes les mutuelles urbaines de quartier qui fonctionnent sur le même modèle.

### **2.3. Echantillonnage**

Dans leur ouvrage Manuel de recherche en sciences sociales<sup>45</sup>, Raymond Quivy et Luc Van Compenhoudt présentent trois possibilités qui s'offrent au chercheur lorsqu'il circonscrit son champ d'analyse :

- étudier la totalité de la population ;
- étudier un échantillon représentatif de la population ;
- étudier des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population.

---

<sup>44</sup> Nations Unies, *Les femmes dans une économie mondiale en mutations*, 1995, p57

<sup>45</sup> Raymond Quivy et L.V.Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995, pp159-163

La dernière formule s'impose à notre étude compte tenu des objectifs de la recherche et de la nature très dispersée de notre population d'étude. Ainsi, nous avons cherché à diversifier l'échantillon à toutes les catégories constituantes.

Pour ce faire, nous avons eu comme support le registre d'adhésion de la mutuelle. Celui-ci, arrêté à la date du 22 juillet 2004 contenait 1167 membres. Il comporte des informations relatives au prénom, nom, à la date d'adhésion, et au groupement d'appartenance (ou zone d'habitation si l'adhérente n'est affiliée à aucun groupement).

Cependant, des renseignements sur l'adresse exacte des membres ou la profession n'y figuraient pas. Le registre laisse ainsi apparaître trois catégories d'adhérentes :

- Celles qui proviennent des groupements membres du PROFEMU et qui font 594 membres.
- Celles qui n'appartiennent à aucun groupement mais qui sont affiliées aux caisses d'épargne et de crédit du PROFEMU qui sont au nombre de 565 membres.
- Les individuelles qui ne sont ni membres d'un groupement ni membre d'une caisse d'épargne et de crédit font seulement 08 membres.

Pour la première catégorie, 50 groupements parmi les 108 du PROFEMU comptent des membres à la mutuelle de santé. Il va sans dire que, pour des raisons évoquées plus haut, nous ne pouvions atteindre l'ensemble des groupements.

Aussi, nous avons procédé à partir du registre, à une répartition des membres selon leur groupement d'appartenance. Ce classement nous a permis d'effectuer une sélection en tenant compte de l'importance de l'effectif des adhésions pour chaque groupement.

Ayant été édifié dès le départ sur le fait que la plupart des membres provenant des groupements sont devenus « inactifs » (ne cotisent plus depuis

un certain temps), nous avons décidé de ne retenir que les groupements ayant plus de 20 adhésions. Ces groupements sont au nombre de 8. Il s'agit de « Diokéré Endam », de « Bokki », « Book Xalaat », tous ces trois se trouvant à Thiaroye. Il y a aussi les groupements « Tébégout » et « Madina Gounass » de Guédiawaye, « Sant Yalla » des Parcelles Assainies, « Tackoyël » de Pikine et « Diam Welli » de khar Yalla.

Le choix de ces groupements n'induit pas que nous allons nous entretenir avec toutes les adhérentes. Toutefois, il nous aura permis d'augmenter les possibilités de rencontrer le maximum d'adhérentes pour chaque groupement, y compris des « inactives » ; ceci dans le but de rechercher les motifs de leur désistement.

Finalement, nous nous sommes entretenue avec 31 adhérentes réparties comme suit : 4 de Diokéré Endam, 2 de Bokki, 4 de Book Xalaat, 3 de Madina Gounass, 4 de Sant Yalla, 8 de Tébégout, 3 de Tackoyël et 3 de Diam Welli.

L'inégalité numérique n'est pas fonction d'un choix délibéré de notre part mais de la disponibilité des membres trouvés sur place.

En ce qui concerne la deuxième catégorie d'adhérentes, en l'occurrence les membres des caisses d'épargne et de crédit, leur répartition s'est effectuée selon les zones où se trouvent les caisses annexes de la mutuelle. Elles sont réparties en quatre (4) zones :

- Golf qui renferme 287 membres soit plus de la moitié des adhérentes provenant des caisses d'épargne et de crédit.
- Njetty Mbaar qui compte 59 membres
- Thiaroye qui compte 140 adhésions
- Arafat avec 79 adhésions

Ici, nous avons ciblé deux zones : Golf et Thiaroye, compte tenu de la supériorité numérique des adhésions dans ces deux localités par rapport aux

autres. Nous avons obtenu 15 adhérentes dans la zone de Golf et 12 à Thiaroye ; ce qui donne 27 pour les 2 zones.

La dernière catégorie (celle des individuelles) ne compte qu'une dizaine de membres, leur admission à la mutuelle n'ayant été effective que depuis 5 mois seulement. La plupart d'entre eux n'ont pas encore terminé leur période d'observation (durée pendant laquelle le nouvel adhérent paie ses cotisations mais n'a cependant pas droit aux services de la mutuelle). Par conséquent, cette catégorie n'a pas été prise en compte dans l'échantillonnage; leur adhésion très récente ne nous permettra pas de faire une bonne évaluation de l'impact que nous recherchons.

Au total, nous avons eu 58 interlocutrices parmi lesquelles nous avons recensé 9 « inactives ». En outre, nous nous sommes entretenue avec les administrateurs de la mutuelle. En plus de la gérante, nous avons ciblé les membres des organes directionnels (Conseil de surveillance (CS), Conseil d'Administration (CA), et Conseil Exécutif (CE) à raison d'une représentante pour chaque organe.

Pour les structures prestataires, nous nous sommes entretenue avec le gestionnaire du centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye (faute d'avoir vainement essayé d'approcher le médecin-chef); celui-ci est de loin le plus sollicité parmi les structures conventionnées.

## **2.4. Techniques d'investigation**

Nous avons adopté comme principales techniques d'investigation deux méthodes : l'exploration et les enquêtes.

### **2.4.1. L'exploration**

Elle a été un préalable à notre recherche et nous a permis de nous familiariser avec notre objet d'étude. Elle regroupe, d'une part, une phase de recherche documentaire et d'autre part, des entretiens exploratoires.

#### **☞ La recherche documentaire**

Elle a porté sur toutes les revues, ouvrages, articles, brochures, mémoires, rapports ayant une relation de près ou de loin avec notre thème d'étude. Elle s'est faite au niveau de la Bibliothèque Universitaire (BU), de la bibliothèque du département de sociologie et de celle de l'ENEA, des centres de documentation du BIT, de l'OMS, de l'ENDA et du CODESRIA. Par ailleurs, nous avons visité plusieurs sites Internet traitant de notre thème d'étude en particulier le site de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : [www.concertation.org](http://www.concertation.org).

Ce travail de lecture nous a permis de mesurer l'ampleur des mutuelles de santé en Afrique et plus particulièrement au Sénégal. D'un autre côté, il a permis de s'informer sur les études déjà menées sur le thème et à situer notre contribution par rapport à elles.

#### ☞ **Les entretiens exploratoires**

Au cours de la phase de recherche documentaire, nous avons souvent été mise en présence avec des personnes ressources qui, à travers des entretiens et des discussions fructueuses, ont bien voulu partager leur expérience dans le domaine de la micro-assurance santé. Ce faisant, elles nous ont éclairée sur des aspects du phénomène étudié auxquels nos lectures seules ne nous avaient pas fait prendre conscience.

#### **2.4.2. Les enquêtes**

C'est la phase de collecte d'informations auprès de la population ciblée. Elle nous a permis d'interpeller directement les acteurs concernés. La principale méthode utilisée au cours de cette phase a été celle des entretiens, plus précisément de type sémi-directif.

L'entretien est une technique qui se caractérise par un contact direct entre le chercheur et son interlocuteur. Il convient, comme le souligne Quivy et 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<sup>46</sup>. Il vise à faire ressortir les motivations d'une personne ou ces points de vue sur un événement, une situation ou une réalité.

La faible directivité qu'induit ce type d'entretien fait que la structuration y est réduite au maximum ; ceci dans le but de « *dégager le cadre perceptif de (l'enquêté), de le placer dans une disposition d'esprit dans laquelle c'est à lui même qu'il va réagir*<sup>47</sup> ».

Le choix de cette méthode réside dans le fait qu'elle est plus adaptée aux objectifs que nous nous sommes fixée. La moindre directivité nous a permis d'installer un dialogue très ouvert avec nos interlocuteurs et de collecter ainsi des informations riches et nuancées.

Les entretiens ont été conduits sur la base de guides d'entretien. Ils ont été au nombre de trois :

- un guide administré aux adhérentes et dont les thèmes sont relatifs à leur identification, aux besoins et recherche en matière de soins, à l'apport de la mutuelle à leur état sanitaire et à leur activité professionnelle...
- un autre à l'intention de la gérante et qui se rapporte aux points suivants : l'identification de la mutuelle, son organisation et fonctionnement, le mode de gestion adopté en rapport avec la population adhérente et les structures prestataires....
- un autre encore pour les prestataires de services et qui renseignait principalement sur le fonctionnement de la structure (organigramme, rayon d'action, services...) et le partenariat avec la mutuelle (conditions, processus...).

## **2.5. L'enquête sur le terrain**

C'est la phase de contact direct avec la population ciblée.

---

<sup>46</sup> Raymond Quivy et Luc V.Campendhout, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995, p195

<sup>47</sup> M. Grawitz, *Méthode de recherche en sciences sociales*, Dalloz, 1996, P593

### **2.5.1. Le pré-test**

Le pré-test consiste à soumettre l'instrument d'enquête à une population réduite n'appartenant pas à l'échantillon en vue de vérifier la clarté des questions.

Notre guide d'entretien a été prétesté auprès d'une dizaine de mutualistes. Cela nous a permis de revoir la traduction de certains termes wolof et dont la compréhension portait à équivoque. Nous avons dû aussi reformuler certaines questions et réaménager la durée de nos entretiens.

### **2.5.2. Le déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée dans le courant du mois d'août et dans la première quinzaine du mois de septembre 2004.

Pour les groupements, nous avons pris contact avec les présidentes à l'occasion des réunions qui les rassemblaient au siège du PROFEMU. Par la suite, nous nous sommes rendue à leur domicile (qui faisait généralement office de siège du groupement). Dans certains cas, nous nous sommes arrangée pour venir le jour de la rencontre mensuelle du groupement. Ainsi, nous y retrouvions un grand nombre de membres affiliés à la mutuelle. Mais le plus souvent, les dates fixées pour les réunions n'entraient pas dans les délais impartis à notre phase d'enquête de terrain. Dans ces cas là, nous prenions rendez-vous avec la présidente et c'est cette dernière qui nous indiquait les domiciles de quelques membres adhérents, lesquels habitaient pour la plupart dans le même quartier qu'elle.

Pour les adhérentes provenant des MEC, nous les rencontrions la plupart du temps au niveau des caisses de zones ciblées. L'enquête s'est effectuée principalement dans les dix premiers jours du mois, moment des versements mensuels où l'on enregistrait une certaine affluence des membres dans ces lieux.

Dans l'ensemble, les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions. Les enquêtées étaient prêtes à nous parler dès l'exposé du but de notre visite. Au cours de l'interview, nous laissons libre cours au discours de l'interlocuteur après lui avoir indiqué un thème (ou sous thèmes). Nous n'intervenons que pour rappeler à l'enquêtée un point sur lequel il a oublié de donner sa réponse, ou pour demander des éclaircissements sur un aspect qu'il a peu développé, ou encore pour le ramener au sujet lorsqu'il s'en éloignait de trop.

Dans la majorité des cas, les enquêtes se sont faites dans l'après midi. C'était le moment où les enquêtées étaient plus disposées à nous parler parce que libérées de leurs tâches ménagères ou professionnelles.

Au cours des discussions, nous avons fait usage de la langue nationale wolof, sauf pour la gérante de la mutuelle et les prestataires de services avec lesquels nous nous sommes entretenue en français.

Les entretiens étaient tous enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ce qui ne nous a pas empêché de procéder à une prise de notes en même temps.

### **2.5.3. Difficultés rencontrées**

L'absence d'informations sur l'adresse exacte des adhérentes a été à l'origine des principaux obstacles auxquels nous étions confrontée. Il nous a fallu assister à beaucoup de réunions au niveau du PROFEMU pour pouvoir approcher toutes les présidentes des groupements ciblés et ainsi, prendre contact avec elles.

Au niveau des zones aussi, nous avons été parfois contrainte de passer par un contact qui nous désignait tour à tour les demeures des adhérentes qu'il connaissait. Quelquefois, la personne était absente à notre arrivée, ce qui nous obligeait à repasser une deuxième fois. En outre, l'hétérogénéité des quartiers où résident les membres ciblés n'a pas facilité les nombreux déplacements. Tout ceci a quelque peu réduit notre échantillonnage.

S'y ajoute le fait que certaines interviews n'ont pu être effectuées en aparté comme prévu. Elles ont été rendues collectives par la venue d'un parent ou d'un voisin qui s'immisçait spontanément dans la conversation.

Une autre difficulté réside dans la transcription des discours recueillis. La traduction de certains termes ou expressions wolof en français n'a pas toujours été évidente. Il a fallu, chaque fois que ces cas se présentent, avoir recours à des spécialistes ; ce qui nous a pris énormément de temps.

## **DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES DONNEES RECUEILLIES**

### **CHAPITRE III : SYSTEME SANITAIRE ET POLITIQUE SOCIALE AU SENEGAL**

#### **3.1. Le système sanitaire**

Selon la définition donnée par l'OMS, le système de santé d'un pays fait référence à toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé<sup>48</sup>.

##### **3.1.1. La politique de santé**

Depuis son accès à l'indépendance, le Sénégal a initié plusieurs réformes pour améliorer son système de santé.

L'adoption de la déclaration de Alma Ata de 1978 avait déjà jeté les bases d'un développement communautaire des soins de santé primaires. Par la suite, une approche participative des populations à la prise en charge des soins de santé a été introduite dans la politique sanitaire suite à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB). Celle-ci constitue assurément une étape importante dans les réformes du secteur de la santé.

L'IB est en fait une action à assise communautaire qui intègre la politique des médicaments essentiels. Elle repose sur une trilogie fondamentale qui consiste à augmenter l'efficacité, à assurer la continuité et à diminuer le coût des services. L'application de cette stratégie au Sénégal a vu la naissance d'associations de promotion de la santé et des comités de santé ainsi que la mise en place d'une politique de médicaments essentiels (MEG)<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> OMS/Genève, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2003, p111

<sup>49</sup> Division des soins de santé primaire, *Rapport de synthèse des activités de l'Initiative de Bamako*, 1999, p1

Toutes ces résolutions ont abouti en 1989 à la déclaration d'une politique de santé et d'action sociale. Celle-ci s'inscrit dans le cadre des principes généraux des soins de santé primaires.

Par ailleurs, les principes de décentralisation introduits au Sénégal par la réforme administrative et territoriale de 1972, et récemment par les textes législatifs et réglementaires relatifs à la régionalisation en 1996, ont permis de renforcer le transfert du pouvoir de décision.

Cela s'est traduit, au niveau du secteur de la santé, par le transfert des compétences aux collectivités locales. Ces dernières ont acquis, depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 1997, le plein exercice de leur responsabilité de gestion. Ils reçoivent en conséquence des fonds de dotation pour couvrir les frais de fonctionnement des structures sanitaires à leur charge, ce qui devrait renforcer l'implication des populations dans la gestion des structures publiques de santé<sup>50</sup>.

Il faut souligner cependant que ces fonds ne confèrent pas aux collectivités locales les moyens adéquats pour une prise en charge effective de ce secteur d'autant plus que mis à part un petit nombre de communes, toutes les autres ne disposent pas de ressources importantes. Elles se heurtent à des contraintes d'ordre économique (manque d'infrastructures productives dans le secteur comme c'est le cas à Guédiawaye) ou culturel (non disposition des populations au paiement de l'impôt).

Les nouvelles orientations de la politique sanitaire reposent fondamentalement sur la prévention et s'appuient sur l'approche Programme traduite à travers le Plan National pour le Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 1998–2007. Les objectifs principaux de ce plan concernent, en priorité, l'amélioration de l'état de santé de la population avec comme privilège : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile, de la mortalité infantile-juvénile et la maîtrise de la fécondité, la réponse aux besoins de santé de la population en veillant particulièrement à l'égal accès des soins de qualité.

---

<sup>50</sup> *Op.cit.*, p1-2

La première phase quinquennale de mise en œuvre de ce plan, notamment le Programme de Développement Intégré de la Santé ( PDIS – 1998-2002) a été articulée autour de 11 orientations stratégiques parmi lesquelles « l'accès aux mutuelles de santé » figure en bonne place<sup>51</sup>.

L'évaluation du PDIS a montré que des avancées significatives ont été enregistrées, notamment en matière de coordination des interventions avec l'approche programme. De plus, bon nombre de réformes (réformes hospitalières, mutualité) ont pu aboutir. Cependant, ce programme a dévoilé beaucoup de contraintes, parmi lesquelles :

- l'insuffisance de la politique pharmaceutique en matière de promotion de médicaments génériques notamment dans le secteur privé ;
- l'insuffisance de la réforme hospitalière ;
- la vétusté et l'insuffisance des infrastructures et des équipements. ;
- l'insuffisance d'accès des pauvres et des groupes vulnérables à des services de qualité<sup>52</sup>.

Ces contraintes internes au secteur de la santé, accentuées par un environnement économique et social défavorable (pauvreté, croissance démographique continue, urbanisation non contrôlée, scolarisation et alphabétisation insuffisantes) n'ont pas permis de porter les indicateurs de santé au niveau souhaité.

C'est dans ce cadre que l'Etat a élaboré le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour mieux prendre en compte les populations pauvres notamment en matière de santé. Il a aussi souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont trois des huit composantes sont relatives à la santé. Il s'agit de la réduction de la mortalité maternelle, de la réduction de la mortalité infantito-juvénile et de la lutte

---

<sup>51</sup> **Ministère de la santé** *ESIS*, 1999, p3 ; **République du Sénégal**, *DSRP*, 2002, p31

<sup>52</sup> **Ministère de la Santé**, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS- Phase II ) :2004-2008*, Juillet 2004, PP8-14

contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et autres maladies endémiques.<sup>53</sup>

C'est au vu de ce qui précède que le Ministère de la Santé a procédé à une révision du PNDS pour la deuxième phase (PNDS II) et réadapté les stratégies en les orientant vers :

- Des réformes au niveau hospitalier, au niveau du sous secteur pharmaceutique et au niveau du système de financement de la santé ;
- L'amélioration des capacités institutionnelles du secteur en mettant l'accent sur le district ;
- L'amélioration de l'accès des pauvres à des services de santé de qualité ;
- L'amélioration de la disponibilité de la qualité et de la performance des ressources humaines<sup>54</sup>.

Aujourd'hui encore, après l'exécution de la première phase du PNDS et dans l'attente de la mise en application de la deuxième, les objectifs restent plus que jamais pertinents. La mortalité des mères et des enfants reste préoccupante et l'accès des pauvres aux structures de santé demeure difficile.

### **3.1.2. Le niveau de santé**

Selon les données de l'ESIS, les taux de mortalité et de morbidité sont encore très forts au Sénégal. La mortalité infantile bien qu'ayant enregistré une certaine baisse ces dernières années, reste alarmante (son taux est passé de 68% à 64% entre 1997 et 1999). La mortalité juvénile s'élève à 84%. Au total, la mortalité infanto-juvénile atteint 143% accusant ainsi une détérioration de la santé des enfants de moins de 5 ans.

Si l'indice synthétique de fécondité (ISF) est tombé de 5,7 en 1997 à 5,2 en 1999 grâce à l'accès amélioré de la planification familiale, la mortalité

---

<sup>53</sup>Op.cit, pp8-14

<sup>54</sup>Op.cit, p27

maternelle, elle, reste considérable (510 décès pour 100.000 naissances vivantes).

Par ailleurs, on constate une morbidité équivalente à 38% à l'échelle nationale : le paludisme est le premier motif de consultation dans les structures sanitaires. Il représente 33% soit presque le 1/3 des affections. La prévalence du SIDA, au niveau national, est de 1%.

L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans contre 65ans dans les pays développés.

L'évaluation finale du PDIS a noté des progrès appréciables en ce qui concerne la couverture des consultations prénatales (elle est passée de 44% à 9% entre 1996 et 2002). Les accouchements assistés sont également passés de 31% à 55%, et le nombre d'enfants complètement vaccinés de 33% à 67% toujours au cours de la même période<sup>55</sup>.

### **3.1.3. L'organisation sanitaire**

Le découpage administratif et les activités dévolues aux différentes structures sanitaires sont résumés sous forme de pyramide sanitaire. Le secteur privé, au même titre que le secteur public, fait partie intégrante du système de santé.

#### **❖ Le secteur public**

A la base, se trouvent les cases de santé (ou maternités rurales). C'est là où sont localisées les pharmacies villageoises. Elles sont dirigées par des agents de santé communautaires ou par des matrones souvent originaires du village.

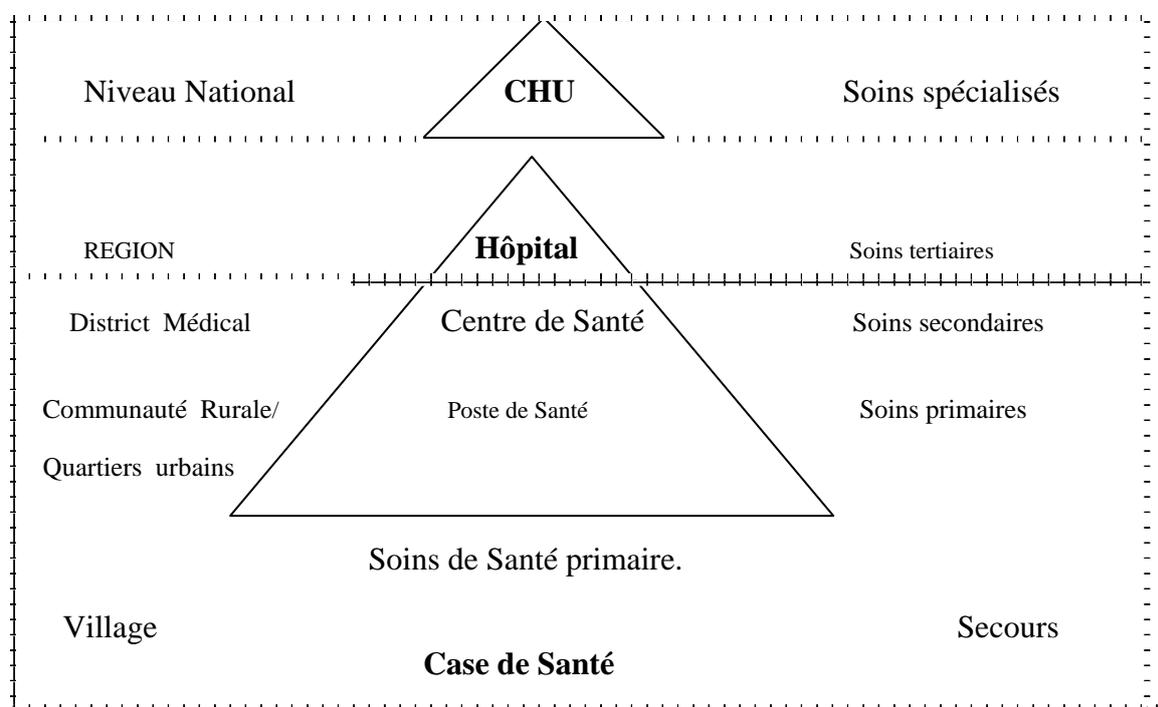
Le second palier est occupé par le district médical. C'est la zone opérationnelle couvrant un département entier ou une partie d'un

---

<sup>55</sup> **Ministère de la Santé, Division des Soins de Santé Primaires, *Evaluation des fonctionnements des systèmes de santé au Sénégal*, 2004, P43**

département. Chaque district polarise un réseau de postes de santé articulés autour d'un centre de santé.

### Pyramide des Soins de Santé



Source : C.Fall, Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilité à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes, BIT, 2003, P20

Les postes de santé sont implantés dans les chefs lieux de communautés rurales (quelquefois dans des villages importants) et les grands quartiers des zones urbaines. Le poste de santé constitue l'infrastructure la plus répandue et la plus accessible par les populations. C'est le lieu où sont dispensés les soins de santé primaires.

Les centres de santé sont les structures de référence des postes de santé aux plans préventif, curatif et administratif. Ils sont implantés au niveau des arrondissements de certains départements très étendus. Leurs activités se résument en consultations et en hospitalisations. Ils sont dirigés par un médecin généraliste assisté d'une maîtresse sage-femme.

A l'échelle régionale, figure la structure de coordination (hôpital) appelée Région Médicale. Elle est dirigée par un médecin chef qui s'appuie sur une équipe cadre intégrant l'ensemble des chefs de services régionaux.

Au sommet, se trouve le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) rattaché au niveau national et où sont dispensés les soins spécialisés.

Au total, le Sénégal compte onze 11 régions médicales, 52 districts sanitaires, 57 centres de santé, 863 postes de santé et 1384 cases de santé.

#### ❖ **Le secteur privé**

Le secteur privé de la santé est constitué de deux volets :

- Le privé non lucratif : qui regroupe les formations sanitaires confessionnelles, les infirmeries d'entreprises, certains hôpitaux (par exemple l'hôpital Saint-Jean de Dieu).
- Le privé lucratif : composé de cliniques, de cabinets médicaux, d'officines de pharmacie, de laboratoires d'analyses médicaux, de dépôts de médicaments privés.
- Les médecines et pharmacopées traditionnelles : des centres de médecine traditionnelle ont été ouverts et commencent à foisonner un peu partout au Sénégal. Ils fonctionnent encore hors de la tutelle et du contrôle du Ministère de la Santé. Des actions en vue de leur reconnaissance sont actuellement en cours.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Un recensement des tradipraticiens a eu lieu dans 8 régions du pays. Il reste les régions de Dakar, St Louis et Louga. Un projet de loi relatif à la médecine traditionnelle a été élaboré et fait l'objet de concertation entre les acteurs impliqués. Ce projet de loi est toujours dans le circuit des visas. ( Voir : **Ministère de la Santé et de la Prévention, PNDS II (2004-2008)** ), p21

Pour ce qui est de la gestion des médicaments, le Ministère de la Santé a mis en place un système d'approvisionnement en médicaments et produits essentiels. Ainsi, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et ses démembrements que sont les Pharmacies Régionales (PRA) assurent l'approvisionnement des districts sanitaires.

### **3.1.4. La couverture sanitaire**

Malgré toutes les réformes introduites dans le secteur de la santé en vue de promouvoir une bonne couverture sanitaire, la situation actuelle comparée au tableau dressé par l'OMS, est loin d'être satisfaisante. L'accroissement des besoins de la population n'ayant pas été suivi par une augmentation des infrastructures sanitaires et du personnel médical, on assiste à une dégradation de la couverture sanitaire particulièrement dans les zones rurales.

#### **➤ Le personnel**

Selon l'ESIS, le Sénégal comptait en 1999

- 1 médecin pour 17.000 habitants ;
- 1 infirmier pour 87.000 habitants ;
- 1 sage-femme pour 4600 femmes en âge de procréer.

Alors que les estimations de l'OMS :

- 1 médecin pour 5000 à 10.000 habitants ;
- 1 infirmier pour 30.000 habitants ;
- 1 sage-femme pour 300 femmes en âge de reproduction.

#### **➤ Les infrastructures**

Au Sénégal un centre de santé est pour 175.000 alors que l'OMS recommande 1 centre de santé pour 50.000. Un hôpital est pour 545.800 là où il est préconisé 1 hôpital pour 150.000. Seule la couverture par poste de

santé (1 pour 11.500) affiche une réelle performance par rapport aux ratios de l’OMS (1 pour 10.000).

### **3.1.5. Les sources de financement de la santé**

Le financement de la santé est encore assuré pour une grande part par l’Etat qui contribue à hauteur de 53%. Il est assisté par les partenaires au développement dont la part s’élève à 30%. Les comités de santé participent pour 11% et les collectivités locales pour 6%.

L’OMS recommande à chaque Etat d’allouer au moins 9% de son budget au secteur de la santé. A ce titre, le Sénégal s’est engagé à augmenter son budget de 0,5% par an. Celui-ci est passé de 18,7 milliards à 23,2 milliards en 1996 et 99 (soit de 7,25% à 8,85%). Dans le cadre des projections budgétaires de 2005, l’Etat du Sénégal a consacré 10% de son budget à la santé dépassant ainsi les normes de l’OMS.

## **3.2. La protection sociale**

### **3.2.1. Historique**

Les systèmes de protection ont commencé à se développer en Europe au XIXe siècle. Au Sénégal, à l’instar de toutes les anciennes colonies françaises, la sécurité sociale est apparue vers la fin de la période coloniale.

D’abord, la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail fut instituée en 1955. Ses actions, dans un premier temps limitées aux prestations familiales, se sont par la suite, étendues aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

Le 12 Mars 1958 voit la création de l’Institut de prévoyance et de retraite de l’Afrique occidental (IPRAO). Cette structure a un caractère privé

très marqué. La gestion est assurée par un organisme privé : l'Association pour la Gestion des Régimes collectifs de retraite d'Outre-Mer (AGROM)<sup>57</sup>.

La mise en place de ces deux établissements de sécurité sociale a été autorisée par l'ancien code du travail des territoires d'outre-mer du 15 Décembre 1952. L'application de ce code répondait à des motivations économiques et politiques. En effet, le but poursuivi était d'accroître les capacités de production de la main d'œuvre salariée, en la garantissant contre les nouveaux types de risques auxquels elle était confrontée face à l'industrie naissante. Ceci explique encore, dans la situation actuelle de la sécurité sociale, la priorité quasi exclusive accordée aux travailleurs salariés.

D'un autre côté, ce code est le résultat d'une lutte tenace des travailleurs indigènes pour bénéficier d'une protection sociale, privilège auquel seuls les travailleurs d'origine métropolitaine avaient droit jusqu'alors.

Dans les années 60, le nouvel Etat indépendant a élargi la protection sanitaire à travers la stratégie de « la Santé pour Tous ». Les soins étaient gratuits au niveau des structures publiques de santé. Cependant, la crise économique des années 70 s'est accompagnée d'une remise en cause des mesures étatiques de protection sociale.

### **3.2.2. La couverture sociale formelle**

Le dispositif de protection sociale formelle comprend un système obligatoire (sécurité sociale mise en place par l'Etat) et un système facultatif (compagnies d'assurance initiées par des organisations privées).

- **Le système obligatoire**

Le système obligatoire de la protection sociale est assuré au Sénégal au niveau de trois organismes : la Caisse de Sécurité Sociale (CSS), l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

---

<sup>57</sup> A.Seck, *Dakar : métropole ouest africaine*, 1970, IFAN, p26

## **Les Prestations**

Les prestations allouées par les structures de sécurité sociale peuvent être subdivisées en 4 catégories :

- La branche des « Prestations familiales » gérée par la CSS et qui offre des prestations en nature mais aussi en espèces. Elles sont servies aux épouses et aux enfants des travailleurs sous forme de soins médicaux curatifs et préventifs. En plus, des dons en produits diététiques et pharmaceutiques leur sont offerts dans le cadre de l'Action sanitaire, sociale et familiale. Pour ce qui est des prestations en espèces, elles concernent les allocations prénatales ainsi que les allocations de maternité servies à la femme salariée ou à l'épouse du travailleur.
- La branche des « Réparations et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles » gérée également par la CSS. Elle assure la prise en charge ou le remboursement de frais médicaux, pharmaceutiques, et chirurgicaux, de rééducation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle et de reclassement dans un nouvel emploi. La CSS prend aussi en charge les frais de déplacement de la victime, les frais de prothèse et d'orthopédie ainsi que les frais funéraires en cas de décès.
- La branche « Vieillesse » est gérée par l'IPRES. Elle sert des prestations en nature sous forme d'allocations de retraite aux anciens salariés ayant cotisé au moins depuis 1 an. Elle sert des allocations aux veufs, veuves et orphelins à charge en cas de décès ou du travailleur retraité.
- La branche « Maladie » est gérée par les IPM d'entreprise ou inter entreprise. Elles servent uniquement des prestations en nature par la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, des frais d'hospitalisation, d'accouchement, d'analyses médicales. Les prestations en espèces sont fournies par l'employeur sous forme d'indemnités journalières,

pendant une période variable selon l'ancienneté du travailleur dans l'entreprise.

## **Les bénéficiaires**

La sécurité sociale sénégalaise concerne les secteurs privés, publics et parapublics et les personnes effectivement à leur charge. Les ayants droit sont :

- Les fonctionnaires et agents contractuels de l'Etat qui bénéficient d'un régime particulier. Celui-ci est régi par le décret N°72-215 du 07 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce régime est financé par le budget de l'Etat selon le système des imputations budgétaires. Il octroie une prise en charge s'élevant à 80% des soins médicaux. Le reste, ainsi que les médicaments sont à la charge de l'intéressé. La procédure de prise en charge s'effectue comme suit : une lettre de garantie visée par le ministère des Finances (qui crédite directement la facture) permet au salarié l'accès à l'hôpital ou à un examen externe. Environ 300.000 bénéficiaires (66 agents et leurs ayants droit) sont couverts à travers ce système.
- Les salariés permanents des entreprises privées et publiques sont assurés dans le cadre des IPM. Ce système est régi par la loi du 30 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale et le décret N°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter entreprises. Les IPM assurent une prise en charge des soins médicaux et des médicaments à hauteur de 40 à 80% du montant des prestations. Là aussi, des procédures complexes sont mis en place pour éviter tout usage abusif. Pour chaque salarié, l'IPM établit un dossier comprenant le contrat de travail, le ou les certificats de mariage, les certificats de naissance. L'employé possède un carnet de santé qui mentionne pour tous les membres de la famille : la date de consultation, le nom du médicament attesté par un cachet, le diagnostic sommaire qu'il est tenu de présenter à l'IPM pour toute

demande de prise en charge. Selon les prestations requises, le patient reçoit un bon spécifique : lettre de garantie ou feuilles de maladie à plusieurs volets dont les doubles reviennent à l'IPM pour les factures. 700.000 bénéficiaires (dont 120.000 salariés) sont couverts à travers le mécanisme d'assurance sociale des IPM.

- Les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leur famille sont couverts à travers le canal de l'IPRES mis en place par décret en 1975. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les personnes et, en contrepartie, l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires.

- **Le système facultatif**

C'est le système de prise en charge des dépenses de santé non assuré par le régime de sécurité sociale mis en place par l'Etat et organisé par une initiative privée (compagnies d'assurance). Il existe 7 grandes compagnies d'assurance au Sénégal. Leurs activités sont régies par le code de la Confédération Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA). Une très faible partie de la population (moins de 1%) est couverte à travers ce système. Ce sont en général les cadres d'entreprises, les professions libérales et leurs dépendants.

En somme, ce sont 175 667 personnes (120 274 du secteur public et 55 393 du secteur privé) qui se sont affiliées aux régimes de sécurité sociale. Ce qui fait au total 1.200.000 personnes. Ces chiffres reflètent une faiblesse du taux par rapport à la population occupée d'une part (la couverture se limite seulement à 5,8% des personnes effectivement occupée), et par rapport à la population totale d'autre part (le système ne concerne que 13,3% de la population totale du Sénégal). En même temps, elle montre l'ampleur de l'inégalité en matière d'accès aux soins.

### **3.2.3. Les Initiatives de l'Etat en matière d'extension de la protection sociale**

D'après le rapport de Couty Fall<sup>58</sup>, ces initiatives ont eu pour point de départ un souci des travailleurs de mettre en évidence les conséquences liées à l'absence de protection de la santé et de la sécurité pour les travailleurs du secteur informel. Ainsi, des travaux entrepris en 1995 par le projet de renforcement des capacités de l'Administration du Travail avaient démontré l'importance de la protection sociale du fait qu'elle permet d'améliorer la situation des travailleurs et de garantir la productivité.

Pour la suite, une journée d'étude portant sur l'extension de la protection sociale au secteur informel s'est tenue en 1996 sous l'égide du Ministère du Travail. Elle a réuni 146 participants, tous appartenant au secteur artisanal. Ce secteur fut ciblé du fait de son niveau d'organisation et de l'importance de ses effectifs. Très rapidement, le projet fut étendu à tous les secteurs informels.

Ainsi, la CSS a opéré à ce que l'on a appelé "les glissements" en mettant en place un régime d'assurance volontaire ouvert à tous les non salariés. Ces derniers avaient le libre choix de s'affilier à une ou deux branches de sécurité sociale gérées par la CSS.

La CSS a pu démarrer le projet en s'appuyant sur l'article 36 du code de la sécurité sociale qui fait bénéficier des prestations de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles "aux assurés volontaires", ainsi que de la branche des prestations familiales incluant également l'assurance maternité.

Cependant, l'évaluation de ce projet en 1998 laisse apparaître un faible taux d'adhésion des travailleurs de l'informel sur toute l'étendue du territoire national.

---

<sup>58</sup> C.FALL, *Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes*, BIT, 2003, pp10-18

D'après une enquête réalisée en 2000 par le Conseil Economique et Social (CES), l'échec de l'initiative s'explique par un manque d'informations de la population cible sur le projet. D'un autre côté, la majorité des enquêtés soulignent la complexité du système, en comparaison avec le système mutualiste jugé plus flexible et plus transparent.

On s'aperçoit ainsi que le dispositif actuel de protection sociale actuelle ne joue pratiquement aucun rôle distributif : les personnes les mieux protégées sont celles des classes économiques les plus aisées.

Parallèlement aux structures institutionnalisées d'assurance maladie, d'autres systèmes initiés par les populations elles mêmes ont vu le jour. Ces organisations font appel aux traditions d'entraide et de solidarité pour permettre à leurs membres de faire face à leurs besoins sanitaires. Les mutuelles de santé font partie des systèmes les plus récents initiés dans ce domaine

## **CHAPITRE IV : LA SITUATION DES MUTUELLES DE SANTE AU SENEGAL**

Cette description de la situation des mutuelles va s'articuler autour de deux points principaux : le contexte d'émergence des mutuelles et leur caractéristiques.

### **4.1. Historique**

L'apparition des premières sociétés mutualistes remonte à l'antiquité en Europe, notamment en Grèce et à Rome. En effet, ces sociétés ont développé des organisations d'entraide fondée sur une épargne commune pour se prémunir contre les aléas de la vie.

Cependant, le mouvement mutualiste, tel qu'il existe actuellement est apparu au XIX siècle. L'avènement de la société industrielle a provoqué de grands bouleversements économiques et sociaux. L'effritement des

solidarités anciennes qui s'en est suivi rendit impératif l'élaboration d'un système garantissant une certaine protection face aux risques sociaux.

En France, les premiers secours mutuels furent très vite dissous par les autorités qui les considéraient comme des associations revendicatives. Cependant, la levée des restrictions à travers une loi instituée en 1898 permit leur développement.

De même, d'autres sociétés à caractère mutualiste à l'image des « friendly societies » en Angleterre, des « confréries » et des « monts de piété » (montepios) en Espagne naquirent dans presque toute l'Europe.

En Amérique latine aussi, l'entraide mutuelle est également très ancienne. Au début, elle était seulement le fait des peuples indigènes. Elle commença à prendre de l'ampleur avec l'arrivée des migrants européens et africains qui créèrent des sociétés de secours mutuels. Son développement fut favorisé par l'instauration tardive d'un système de sécurité sociale qui n'a été instituée qu'après 1940. Toujours est-il que les sociétés d'entraide mutuelle y restent encore très actives d'autant plus que la législation sociale ne couvre que 20 % de la population.

En Afrique, l'avènement de la mutualité remonte aux traditions d'entraide et de solidarité qui constitue l'une des valeurs de base dans les familles et les communautés villageoises. Ces valeurs se perçoivent encore de nos jours à travers les différentes formes d'associations d'entraide qui existent dans les sociétés africaines.

Selon Chris Atim, l'émergence des mutuelles de santé en Afrique s'explique par trois facteurs :

- la facturation au niveau des services de santé suite à la mise en oeuvre des politiques d'ajustement structurelles et de la dégradation de la qualité des soins qui s'en est suivie ;
- -le développement de l'offre privée de soins ;
- -l'affirmation d'une « société civile » ces dernières années.

C'est ainsi que l'échec des politiques sanitaires et sociales ont conduits les populations africaines à reproduire les systèmes de secours mutuels européens en faisant intervenir les traditions d'entraide et de solidarité; ceci en vue de développer des mécanismes capables de leur assurer une protection sanitaire adéquate.

Au Sénégal, l'apparition des mutuelles de santé est un phénomène récent. La création de la première mutuelle de santé, tout au moins dans sa formule communautaire, remonte à une quinzaine d'années<sup>59</sup>.

On peut distinguer trois phases dans l'évolution des mutuelles de santé au Sénégal :

- une « phase de naissance » avant 1994 qui voit l'émergence des premières expériences mutualistes. La première mutuelle de type communautaire a vu le jour en 1989 à Fandène, un village situé dans la région de Thiès. On assistera par la suite à un foisonnement des mutuelles dans cette zone
- une seconde phase appelée « phase de diffusion », voit l'élargissement des mutuelles vers les autres régions du pays. Située entre 1994 et 1998, cette période marque en même temps la reconversion d'anciens systèmes communautaires d'entraide en mutuelles de santé. Dans la région de Dakar, les mutuelles de santé sont retrouvées principalement dans les mouvements associatifs (GPF, GEC, associations communautaires....)
- une nouvelle phase a démarré depuis 1998. Elle se caractérise par l'implication de plus en plus manifeste des populations en matière de mutualité. De même, des organisations de développement national (PROMUSAF) ou internationales (STEP/BIT, GTZ, ENDA/GRAF, PHR) s'investissent pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. En outre on a noté dans cette « phase

---

<sup>59</sup> Il faut souligner que des mutuelles d'entreprise étaient apparues au Sénégal bien avant cette période. La première mutuelle de santé fut créée en 1973 par les travailleurs de la SOCOIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975. En 1985, une seconde initiative sera notée, toujours en milieu urbain, avec la création de la mutuelle de l'Armée sénégalaise. Voir **Ministère de la Santé et de la Prévention**, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, 2004, P9

d'engagement » une volonté politique de la part de l'Etat d'appuyer les mutuelles à travers la création de la CAMICS en 1997.

Du point de vue de leur développement, c'est une véritable explosion qui est observée. L'inventaire établi par la Concertation montre que le nombre de mutuelles fonctionnelles est passé de 19 à 28 entre 1997 et 2000. Le recensement effectué en 2003 fait état de 79 mutuelles de santé fonctionnelles et près d'une cinquantaine d'autres en état de gestation ou de projet.

Parallèlement, l'étendue géographique des mutuelles s'est élargie. En 2000, les mutuelles de santé n'existaient que dans quatre régions : Dakar, Thiès, Kaolack et Saint-Louis. En 2003 seule la région de Kolda ne comptait aucune mutuelle de santé fonctionnelle. Toutefois, une mutuelle en état de projet y est recensée.

Par ailleurs, les mutuelles ont acquis un cadre juridique à travers l'adoption, le 16 Mai 2003, de la loi relative aux mutuelles de santé. Cependant, cette loi n'est toujours pas accompagnée d'un décret d'application.

## **4.2. Caractéristiques des mutuelles de santé**

### **4.2.1. Typologie**

A partir de la classification établie par Chris Atim<sup>60</sup>, on peut distinguer 4 types de mutuelles de santé au Sénégal :

- les mutuelles de type traditionnel basé sur l'ethnie et le clan. Ces mutuelles sont généralement de taille petite. Elles sont caractérisées par un niveau de solidarité élevé ainsi qu'une forte participation des membres dans la gestion.

---

<sup>60</sup> C.Atim, *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé*, STEP, 2000, Annexe1

- les mutuelles de type associatif ou intégré à un mouvement. Celui-ci est souvent le fait de groupements communautaires (associations de voisinage, de ressortissants) ou professionnelles (associations d'enseignants...).
- les systèmes communautaires initiées par les prestataires de soins. Ces types de mutuelles fonctionnent comme un système d'assurance maladie destinée à améliorer la situation de recouvrement des coûts et à étendre l'accès aux soins à davantage de personnes dans la circonscription du prestataire.
- les systèmes de santé mutualistes cogérés. Ici, la communauté s'associe avec les prestataires et crée une même association. Celle-ci gère et entretient les structures de santé de façon à atteindre les objectifs de santé de la communauté.

Au Sénégal, les mutuelles se distinguent généralement en deux catégories :

- Les mutuelles de santé dites complémentaires (ou professionnelles). Elles sont créées par des corps de métier en vue d'assurer la couverture des prestations non prise en compte dans le régime complémentaire. C'est le cas de la mutuelle de santé de l'Administration Pénitentiaire, la mutuelle des enseignants du supérieur, celle des agents de l'Etat....
- Les mutuelles de santé populaires ou au « première franc » (remboursement dès la première action engagée). Elles se développent généralement sur une base territoriale villageoise (Fandéne) ou communautaire urbaine (mutuelle de santé Khar Yalla). On les rencontre au niveau des populations ne bénéficiant pas de couverture sociale formelle.

La mutuelle que nous étudions se trouve dans la deuxième catégorie. Elle fait partie de celles qui ont pour vocation d'être accessibles aux populations ayant des revenus faibles.

#### **4.2.2. Particularité des mutuelles de santé par rapport à d'autres stratégies communautaires de prise en charge de la maladie.**

La mutuelle de santé, à bien des égards, présente des similitudes avec beaucoup d'autres systèmes communautaires de prise en charge des frais de maladie comme les tontines, les mutuelles d'épargne et de crédit, les coopératives de santé. Cependant, même si elles partagent certains principes comme la solidarité ou l'indépendance (leur gestion est autonome vis à vis des pouvoirs politiques), des différences sont notées quant à leur champ d'action, leur mode de fonctionnement, leur finalité.

##### **☞ Les Tontines**

Les tontines sont très courantes au Sénégal plus particulièrement dans les zones urbaines. Elles sont le plus souvent le fait des femmes qui se constituent en petits groupements d'union à vocation d'entraide. Elles fonctionnent généralement selon le schéma suivant : des cotisations d'un montant fixe sont collectées à échéances régulières. La somme est remise en totalité (ou après prélèvement pour des fins sociales ou festives) à l'un des membres.

De nombreuses tontines constituent à côté du fond principal des fonds de secours qui contribuent aux frais en cas de maladie ou de funérailles.

Les tontines présentent des similitudes avec la mutuelle notamment dans quelques uns de leurs principes : l'autogestion et la solidarité. Cependant, le faible montant de la collecte ne permet que la satisfaction de besoins ponctuels. En effet, leur façade (statuts, objectifs énoncés) cache l'ampleur limitée de leurs activités. Comme l'a démontré O'Deye<sup>61</sup> « si (les tontines) jouent à plein en cas de décès ou de baptême, elles sont rarement opérantes face à des problèmes quotidiens et cruciaux comme le chômage et la maladie ».

##### **☞ L'Épargne-Crédit**

---

<sup>61</sup>M.O'Deye, *Les associations en villes africaines : Dakar et Brazzaville*, Harmattan, Paris, 1985, p6

Considéré comme une « *structure a mi-chemin entre la tontine et la banque* »<sup>62</sup>, l'épargne-crédit est un système où l'enjeu est d'accumuler des fonds grâce à l'épargne des membres et aux parts sociales pour ensuite financer des petits projets. L'épargne-crédit permet ainsi aux membres de développer des activités économiques et à la banque de produire un surplus.

Ce système présente des différences avec la mutuelle. Cette dernière n'a pas pour objet la récupération des fonds versés, elle est un système de couverture des risques. D'un autre côté, même si tout comme dans l'épargne-crédit, les membres cotisent régulièrement, ce n'est pas tout le monde qui va en profiter. Les membres en bonne santé financent les traitements des malades. Ce qui permet de dire que la solidarité y est plus présente.

En plus, le principe de la non-lucrativité n'est pas de rigueur au niveau des systèmes d'épargne crédit. En effet, en facilitant l'accès au crédit à leurs membres, ils génèrent en même temps des intérêts capitalistes.

S'y ajoute le fait que la couverture en matière de santé ne concerne que les frais d'achat de médicaments. Les prêts accordés dans ce cas, comme tous les autres prêts, varieront en fonction du montant épargné et devront être remboursés selon les modalités habituelles. En outre, leur apport est très limité en matière de santé car comme l'a noté Mbaye Sène, « *celle – ci n'est pas leur objet principal mais un volet secondaire de leurs activités* »

### ☞ **Les Coopératives de Santé**

Selon la comparaison établie par le guide<sup>63</sup>, les coopératives de santé et les mutuelles de santé diffèrent en plusieurs points :

---

<sup>62</sup> B.Taillefer, *Guide de la banque pour Tous*, Karthala, Paris, 1996, P7

<sup>63</sup> BIT/ACOPAM, *Mutuelles de santé en Afrique: guide pratique à l'intention des promoteurs, administrateurs, gérants*, Dakar, 1996, p21

La coopérative organise l'offre de soins en proposant elle – même des services de santé. Les initiateurs sont le plus souvent des prestataires de soins et, en même temps, les seuls membres de la coopérative. Les patients ne sont que de simples usagers.

A l'opposé, la mutuelle organise la demande de soins et cherche à conclure des accords avec les formations médicales pour répondre aux besoins des membres. Ces derniers sont en outre impliqués dans la gestion et la prise de décision au niveau de la mutuelle. Une autre différence réside dans les buts poursuivis. La coopérative permet à ses membres de participer à l'offre de soins tandis que la mutuelle cherche à favoriser l'accès aux soins de santé à ses membres.

## **CHAPITRE V : PRESENTATION DE LA MUTUELLE DE SANTE**

### **« WER WERLE »**

Les éléments décrits dans cette partie sont tirés des documents de la mutuelle (statuts et règlement intérieur, rapports de fin d'exercice) et des entretiens que nous avons eus avec les administrateurs et les prestataires de soins.

Cette présentation va s'articuler autour de cinq aspects principaux : 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 elle est confrontée.

#### **5.1. Le contexte de création de la mutuelle**

C'est le PROFEMU, une ONG oeuvrant pour la promotion de la femme qui est à l'origine de la création de la mutuelle de santé *Wer –werle*. Créé en 1993 sous l'initiative de l'ONG britannique OXFAM, le PROFEMU dispose d'un réseau de 108 groupements féminins, de 02 mutuelles de santé (l'une se trouvant à Dakar et l'autre à Thiès) et de 09 mutuelles d'épargne et de crédit. En outre, il détient une unité de transformation de céréales installée à Thiaroye.

La vocation première du PROFEMU 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. Ces dernières années, le PROFEMU s'est dit que pour mieux atteindre ses objectifs, il doit intégrer une dimension sociale dans son champ d'action. Pour ce faire, il a jugé nécessaire de créer une mutuelle de santé afin de subvenir aux besoins de ses membres. Ces derniers sont presque tous actifs dans l'économie informelle et sont par conséquent, dépourvus de protection sanitaire adéquate.

C'est ainsi qu'une mutuelle de santé dénommée *wer –werle* (être en bonne santé et aider à être en bonne santé) fut créée le 04 octobre 1998. Une étude de faisabilité consistant à évaluer les besoins des membres potentiels a précédé sa mise en place. Après une AG constitutive, elle a pu démarrer ses activités un an après, plus précisément en octobre 1999.

La mutuelle est implantée au sein même des locaux du PROFEMU, sis au quartier Golf de Guediawaye.

## **5.2. L'organisation de la mutuelle**

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 mutuelle. 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 07 membres élus au sein des membres participants. Il assure la gestion financière de la mutuelle et la mise en œuvre de ses programmes et de ses budgets. Il dispose de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'AG par les statuts.
- Le Conseil de Surveillance (CS) appelé aussi comité de contrôle. Il est composé de 06 membres et veille à la bonne marche de la mutuelle du point de vue financier, administratif et organisationnel. Il est chargé de garantir que les actes de la mutuelle 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.
- Le Comité Exécutif (CE). 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 CE compte un sous-organe dénommé 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 CE en particulier la responsable à l'éducation et à la promotion dans leurs taches d'animation, d'éducation, et d'orientation.

Chaque organe de la mutuelle est composé d'une présidente (ou coordonnatrice), d'une vice présidente, d'une secrétaire et d'une trésorière.

Il était prévu dans le projet de statuts que l'AG doit se réunir tous les deux ans en session ordinaire. Cependant, la mutuelle n'a pu tenir sa première AG ordinaire que six ans après sa création, plus précisément le 31 juillet 2004. Ce retard s'explique, selon la gérante, par le fait qu'au démarrage, l'AGC n'avait pas déterminé un budget consacré à la tenue d'une manifestation de ce genre ; ensuite, que des documents fiables sur les activités de la mutuelle pouvant justifier la tenue d'une AG n'étaient pas encore disponibles.

### **5.3. Le Fonctionnement de la Mutuelle**

La bonne marche de la mutuelle est assurée par les quatre organes qui la régissent. Cependant la structure mère à savoir le PROFEMU a droit de regard sur le fonctionnement. La gestion de la mutuelle est décentralisée. Les membres peuvent adhérer, cotiser, disposer de la lettre de garantie et se faire rembourser les ordonnances dans toutes les MEC du PROFEMU (Golf, Thiaroye, Pikine et Grand Yoff).

#### **5.3.1. Les Adhésions**

Au départ, seules les femmes membres des groupements affiliés au PROFEMU étaient autorisées à adhérer à la mutuelle de santé. En avril 2002, l'adhésion est élargie aux membres provenant des Caisses d'Épargne et de Crédit. Aujourd'hui, la mutuelle est ouverte à toute femme désireuse de s'affilier.

Pour être membre de la mutuelle, un versement des droits d'adhésion qui s'élèvent à 1.200 F CFA est requis. Cette somme couvre le livret de santé

et la carte de membre. L'adhérente peut couvrir jusqu'à 15 personnes. La cotisation est individuelle et s'élevait à 200F CFA par bénéficiaire et par mois. Cependant, ce montant a été revu à la hausse depuis l'AG ordinaire de juillet 2004. Il est fixé maintenant à 250F CFA. L'adhérente peut, si elle le désire, verser une cotisation annuelle.

Il faut noter que depuis la date de démarrage jusqu'en fin 2003, les effectifs ont augmenté d'année en année. A la fin de sa première année d'activités, la mutuelle avait enregistrée 399 adhérentes et 529 bénéficiaires. En fin 2003, leur nombre a atteint respectivement 1101 et 2275.

**Evolution des adhésions de 1999 à 2003 :**

<b>Année</b>	<b>Nombre d'adhérents</b>	<b>Nombre de bénéficiaires</b>
1999	399	529
2000	477	864
2001	554	1074
2002	925	1958
2003	1101	2275

Sources : Rapport de fin d'exercice 2003

Le tableau montre qu'en moyenne les femmes ne couvrent que deux personnes en charge. Toutefois, ces chiffres ne sont que des données relatives. Elles sont tirées à partir de registres non encore réactualisées. En effet, une proportion estimée à 25% des membres sont devenus « inactifs ». Ces derniers sont recensés principalement au niveau des groupements, ce qui fait dire à la gérante qu'« aujourd'hui, la majorité des membres actifs proviennent des MEC ».

### **5.3.2. Les prestations**

- **Les modalités de la convention entre la mutuelle et les prestataires**

La mutuelle dispose d'un cabinet médical ouvrable deux jours par semaine, avec un médecin conseiller et traitant à la disposition des bénéficiaires ainsi que d'une officine. En plus, elle a signé des conventions avec 4 structures sanitaires :

- le centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye
- le centre de santé Gaspard Camara de Grand-Dakar
- le centre de santé Khadimou Rassoul de Sicap Mbao
- la clinique ASBEF à CASTORS

D'après la gérante, le choix de ces différentes structures se justifie par des raisons bien précises. En premier lieu, la mutuelle a voulu faciliter l'accessibilité géographique des membres aux structures sanitaires. Pour y parvenir, elle a cherché à avoir un prestataire dans chaque département couvert par la mutuelle. Ce faisant, Elle entend se rapprocher de sa cible en lui réduisant le coût de transport. Par exemple pour Roi Baudouin, c'est le centre de santé le plus proche pour les membres habitant à Guédiawaye, lesquels sont par ailleurs majoritaires dans la mutuelle.

En second lieu, la mutuelle a tenu compte, dans le choix des structures conventionnées, des besoins spécifiques des femmes en matière de santé. A cet effet, les administrateurs pensent que la clinique ASBEF, dont le champ de traitement préventif et curatif est plus axé sur la santé de la reproduction (gynécologie, santé maternelle et infantile...), va pouvoir les arranger dans ce domaine.

Par ailleurs, la mutuelle a établi une politique de distribution de médicaments génériques. Dans les conventions, il est bien spécifié aux structures prestataires de prescrire des MEG aux membres de la mutuelle et de ne délivrer les spécialités que si cela s'avère indispensable.

Pour ce qui est de la qualité des soins, elle fait l'objet d'une politique depuis 2003. Auparavant, une enquête avait été effectuée auprès des membres. Les données de cette enquête ont fait ressortir de nombreuses plaintes relatives à la qualité des soins au niveau des structures prestataires, notamment en ce qui concerne les temps d'attente jugés trop longs. C'est ainsi que lors du renouvellement de la convention établie avec le centre de santé Roi Baudouin, la dimension « qualité des soins » a été bien intégrée dans les textes. La mutuelle projette d'ailleurs de l'élargir aux autres structures.

Pour ce qui est du mode de paiement des prestataires, la mutuelle applique le système du tiers payant : elle paie directement les prestations de soins pour les dépenses encourus par les membres. S'il y a franchise, le membre doit s'acquitter de la part des coûts qui lui revient. La facture est mensuelle. Mais très souvent, le centre ne respecte pas les délais de la remise des factures qui sont fréquemment en retard. « Dès fois, note la gérante, il nous arrive de recevoir des factures de 2 à 3 mois, et c'est pas faute de les avoir sollicitées. On a même eu un cas de facture annuelle ». Par ailleurs, la mutuelle ne bénéficie d'aucune réduction sur les tarifs des services fournis. Selon le gestionnaire du centre de santé Roi Baudouin, si la structure n'a accordé aucun tarif préférentiel à la mutuelle, c'est parce que le centre est en lui même un service social : les coûts de ses prestations sont parmi les plus bas au niveau régional.

Le partenariat avec les structures ne s'arrête pas aux simples prestations. Il arrive que l'une d'elles organise des manifestations pour la mutuelle. C'est le cas de la clinique ASBEF qui a accordé une formation gratuite en IEC sur la planification familiale aux animatrices.

Le cabinet médical de la mutuelle est la structure la plus fréquentée (il a effectué 34% des prestations en 2003). Pour les structures externes, le centre de santé Roi Baudouin occupe la première place en ce qui concerne le nombre de prestations effectuées, suivi du centre Khadimou Rassoul de Mbao.

- **La prise en charge des membres par la mutuelle**

Jusqu'au 31 juillet 2004, date de l'Assemblée Générale ordinaire, la mutuelle prenait en charge à 100% les consultations, les analyses, les soins dentaires, l'échographie, la radiographie, et les accouchements. Les médicaments étaient remboursés à hauteur de 50%. Les maladies chroniques (diabète, asthme...) sont d'emblée exclues des remboursements : cette limitation est jugée indispensable à la survie économique de ces structures. Le rapport d'activités de 2003 a enregistré un déficit financier qui, à long terme, risque de compromettre la viabilité de la mutuelle. Ainsi, un autre scénario des prestations a été adopté lors de L'A.G. Maintenant, seuls les consultations, les radiographies, les accouchements et l'hospitalisation sont supportés à 100%. Les analyses, les soins dentaires et l'échographie sont couverts à 50%, tandis que l'achat des médicaments est remboursé à hauteur de 25%.

La procédure de prise en charge s'établit comme suit : le bénéficiaire malade, muni du carnet, se rend vers n'importe quelle caisse du PROFEMU où il se procure une lettre de garantie. Celui-ci lui donne un accès à une structure de santé de son choix, parmi les quatre cités plus haut. Mais le plus souvent, c'est vers le médecin du cabinet médical de la mutuelle que les membres se dirigent. Ces derniers se font consulter là-bas et achètent leurs ordonnances sur place (au niveau de l'officine). Ils ne se rendent vers les autres centres agréés que si le médecin le recommande. L'adhérente ne paie que la part des frais dépassant le plafond de remboursement.

### **5.3.3. L'identification et la gestion des risques par la mutuelle**

Selon la gérante, il n'existait pas au départ une politique préétablie pour pallier à certains risques auxquels pourrait être exposée la mutuelle. Mais au fil du temps, les administrateurs ont senti la nécessité de prendre des mesures pour lutter contre les fraudes qui pourraient porter préjudice au bon fonctionnement de la mutuelle.

L'un des risques encourus par la mutuelle est relatif à celui que l'on appelle « le risque morale ». C'est un phénomène suivant lequel les bénéficiaires ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés de manière à rentabiliser au maximum les cotisations versées. A cet effet, une participation au frais (ticket modérateur) à la charge des malades est instauré au cabinet médical afin de réduire ce risque.

L'autre risque auquel la mutuelle doit faire face est celui des fraudes et abus. C'est le danger de resquille suivant lequel des individus profitent des prestations du système sans en supporter le coût. La mutuelle a enregistré bon nombre de cas où des personnes non ayants droit ont abusé des services de la mutuelle avec la complicité de l'adhérente.

Pour contrecarrer ces cas de fraude, la mutuelle a exigé l'apposition d'une photographie de l'adhérente et des ses ayants droit sur le carnet. Ainsi, si la personne se présente, le corps médical devra pouvoir l'identifier.

De même, des cas d'abus avaient été constatés au niveau des remboursements de médicaments. Au début, la mutuelle remboursait des ordonnances provenant de n'importe quelle structure sanitaire. Alors, certains membres se faisaient prescrire des ordonnances qui ne leur étaient pas destinée pour se faire rembourser ensuite au niveau de la mutuelle. Pour lutter contre ce phénomène, la mutuelle n'accepte maintenant que les ordonnances délivrées au niveau des structures sanitaires avec lesquelles elle a conventionné.

Par ailleurs, il faut signaler qu'une période d'observation de 3 mois est requise pour toute nouvelle adhésion ; ceci pour éviter les personnes qui ne s'affilient que lorsqu'elles sont malades. « Là, explique la gérante, c'est parce qu'on n'est pas très sûr que la personne soit animée d'un esprit mutualiste ».

#### **5.3.4. Les ressources de la mutuelle**

Les ressources de la mutuelle proviennent pour l'essentiel des cotisations, des droits d'adhésion, de la vente de médicaments, de la vente de tickets de consultation du cabinet médical et des subventions.

Le rapport de fin d'exercice 2003 montre que la plus grande part est représentée par les cotisations (62%), suivie des recettes provenant de la vente de médicaments au niveau de l'officine (27%). La part des droits d'adhésion ainsi que celle des autres produits non définis sont à l'ordre de 4% chacune. Les consultations offertes par le cabinet représentent 3%.

#### **5.3.5. Les partenaires de la mutuelle**

Le premier partenaire de la mutuelle est le PROFEMU. Celui-ci prend en charge tous les coûts liés à la rémunération du personnel, au local constitué par le bureau de la gérante et l'officine. Les coûts relatifs au téléphone, à l'électricité, à l'eau, et au gardiennage sont aussi supportés par le PROFEMU.

Il y a aussi le BIT/STEP qui appuie la mutuelle au niveau technique (appui conseil, formation, encadrement dans la détermination des résultats de fin d'exercice...). Le chargé à l'appui affirme que la mutuelle a eu à bénéficier de toutes les formations accordées gratuitement par le STEP. En plus, une aide financière telle que des subventions pour la tenue de manifestations ponctuelles ont été apportées par cette structure.

Comme partenaire aussi, on peut citer la CAMICS qui appuie aussi la mutuelle sur le plan des ressources humaines. En effet, c'est la CAMICS qui a réalisé l'étude de faisabilité de la mutuelle.

Par ailleurs, la mutuelle est membre de l'Union des mutuelles de santé de Dakar qui lui apporte une aide technique. De même, elle est affiliée à la « Concertation ». Cette dernière lui donne l'opportunité, à travers son site Web, de divulguer des informations concernant ses activités.

### **5.3.6. Les obstacles rencontrés par la mutuelle**

La mutuelle de santé *wer –werle* est confrontée à des difficultés dont nous présenterons ici quelques unes :

L'une d'elles est liée au recouvrement des cotisations. En effet, plus de 30% des membres ont contracté des arriérés dans leurs cotisations. Cela réduit considérablement les capacités financières de la mutuelle qui a dû augmenter le montant des cotisations et apporter des réaménagements en ce qui concerne les prestations.

Une autre difficulté réside dans l'irrégularité des rencontres au niveau des organes de gestion. Ces derniers ne se réunissent pas comme il faut pour régler les problèmes ponctuels que rencontre la mutuelle. C'est l'équipe qui fait office de CA qui s'occupe de toutes les activités avec la gérante et l'assistante chargée de l'officine. Cet état de fait reflète un manque d'implication des membres au niveau des instances dirigeantes.

Une autre contrainte majeure pour la mutuelle concerne l'actualisation des données de base. Le manque de rigueur dans l'applicabilité des textes pour les retardataires est un problème patent. S'y ajoute un déficit criard dans le remplissage des documents et pièces au niveau des caisses décentralisées. Tout cela fait que le nombre exact des adhésions et bénéficiaire n'est pas connu.

## **CHAPITRE VI : LE PROFIL DE NOS ENQUETEES**

L'identification de la population enquêtée est axée sur les aspects socio – démographiques et économiques des membres de l'échantillon.

L'enquête a porté sur 58 femmes âgées de 22 à 65 ans. La majorité (40 sur 58) se situe dans la tranche d'âge 40-50 ans. Les femmes âgées de 30 à 40 ans viennent en deuxième position. Elles sont au nombre de 27

Le statut civil des femmes enquêtées révèle un pourcentage important de mariées (elles représentent 80% de l'échantillon, soit 47 en valeur absolue) ; ce qui n'étonne guère vu la moyenne d'âge enquêtée (40 ans). 53 % d'entre elles vivent dans un régime polygamique. Nous avons aussi, 4 célibataires, une divorcée et 6 veuves.

La répartition selon la confession confirme la prédominance de la religion musulmane. Nous n'avons rencontré que deux chrétiennes dans notre échantillon.

La situation familiale des enquêtées démontre l'étendue élargie de leur ménage. La répartition selon le nombre d'enfants montre que plus de la moitié des femmes ont plus de 5 enfants (35 sur 58). La part des femmes ayant 10 enfants et plus représentent 7% de l'échantillon. En plus des enfants, 43 personnes sur les 58 interrogées ont déclaré avoir d'autres personnes en charge. Ces derniers sont en général des neveux, des petits enfants, des sœurs, des filleules (homonymes).

La distribution selon le degré d'instruction révèle le faible niveau de scolarisation des femmes interrogées. Près de la moitié ne sont pas scolarisées (25 sur 58). Sur les 57 % ayant fréquenté l'école, 30% n'ont pas atteint le niveau secondaire et 3 % seulement ont suivie une formation professionnelle.

Une nette majorité (80%, soit 51 en valeur absolue) évolue dans le secteur informel. Le petit commerce est l'activité la plus répandue chez les

femmes enquêtées. Le secteur des services occupe 12% des femmes. Le métier exercé est pour la plupart celui de coiffeuse, de couturière, de restauratrice. Une faible partie des femmes (9%) se disent ménagères et n'exercent aucune activité professionnelle.

Les femmes dont les maris travaillent représentent 65%. La majorité d'entre eux (55%) s'activent dans les professions de la production (menuiserie, ouvrier, tapissier, maçonnerie) ou des services (chauffeurs, tailleur). Les femmes dont les maris exercent un emploi salarié font 10%. Les retraités et les sans – emploi représentent 26%.

Dans l'ensemble, les caractéristiques socio-démographiques et économiques de la population interviewée correspondent à la configuration générale de la population féminine du Sénégal<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Les tableaux selon les différentes caractéristiques des femmes interviewées sont présentés en pages annexes.

## TROISEIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

### CHAPITRE VII: LA MUTUELLE DE SANTE : PERCEPTION CONNAISSANCE ET IMPLICATION.

Ce chapitre va essayer de faire ressortir, à travers les informations recueillies des entretiens et des rapports d'activités de la mutuelle, la vision que les membres ont de leur mutuelle, leur niveau de connaissance par rapport au fonctionnement de la mutuelle et leur degré de participation à la gestion.

#### 7.1. Une bonne perception de la mutuelle

L'aspect bénéfique de la mutuelle de santé a été reconnu unanimement par les membres interrogés. Cette bonne perception se lit à travers l'évocation des raisons de leur adhésion.

En effet, la majorité (60%) déclarent avoir adhéré parce qu'ils sont convaincus des avantages liés à la mutuelle. Ces avantages résident pour beaucoup dans le fait que bon nombre de personnes qui n'avaient pas les moyens de se soigner peuvent maintenant accéder aux soins. Ainsi, la totalité des enquêtées considère la mutuelle comme une véritable aubaine. A.P une femme de 50 ans, est de cet avis :

*« 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 soit en mesure de payer une ordonnance de 10.000F ou plus ; tandis qu'avec la mutuelle, la totalité ou une partie des frais est prise en charge. C'est vraiment bénéfique ».*

Y.L partage la même opinion :

*« Des problèmes surviennent lorsque qu'on tombe subitement malade et que l'on ne dispose pas de moyens financiers pour se traiter. C'est un véritable plaisir pour nous d'être épaulée pour faire face à de telles situations.»*

D'un autre côté, certaines enquêtées reconnaissent comme motif principal à leur adhésion (5%) ou secondaire (17%) la solidarité. Celle – ci semble être à la base de tout système à caractère mutualiste. « *Si j'ai adhéré, c'est pour aider d'autres gens qui n'ont pas les moyens de se soigner de le faire* » affirme F.D. La plupart des mutualistes semblent être conscientes de l'importance du principe de solidarité de une mutuelle. Cet état d'esprit transparaît dans certains discours, à l'instar de celui de S.G :

*« Je n'ai jamais eu à bénéficier des services de la mutuelle. Je rends grâce à Dieu pour cela et je me réjouis du fait que je contribue, par ma cotisation, à la bonne santé des autres ».*

Ainsi, nous pouvons affirmer que les adhérentes sont imbues de l'esprit d'entraide et de solidarité qui prévaut à la mutuelle, solidarité jusqu'ici plus partagée en milieu rural et que la crise économique a contribué à transplanter dans les villes. Par ailleurs, cette solidarité participe de la culture sociale et religieuse dans la société sénégalaise. Elle est perçue, par conséquent, comme un devoir. Comme l'a dit une de nos interviewées « *Si tu peux offrir à un parent musulman (sa mbokk julit) l'opportunité de se soigner, tu auras la bénédiction divine* ».

D'autres sont entrées dans la mutuelle uniquement parce qu'elles ou un membre de leur famille a des problèmes particuliers de santé. F.D avance :

*« Ma fille est très malade. D'ailleurs, elle est comme cela depuis sa naissance. Elle a tout le temps des maux de tête, des migraines... c'est la principale raison pour laquelle j'ai adhéré. Et depuis qu'elle se soigne là-bas, elle va mieux ».*

D.D, une femme de 55 ans de renchérir :

*« Quand on commence à prendre de l'âge, des maladies comme la tension, le rhumatisme apparaissent. J'ai adhéré à la mutuelle pour prévenir ces affections ».*

Donc certains membres voient dans la mutuelle une occasion de traiter les maladies qu'elles traînent constamment sans dépenser grand chose.

Une bonne partie des femmes interrogées donnent comme motif d'adhésion la famille dont elles ont la charge. L'identification des enquêtées a montré que la plupart d'entre elles évoluent dans des ménages où la taille est relativement grande. En effet, en plus de leurs enfants, ces femmes ont en charge d'autres parents.

Ce que certains ont appelé « le désengagement des pères »<sup>65</sup> est un phénomène maintenant bien observé dans nos sociétés, particulièrement en milieu urbain. La précarisation des emplois et la diminution du pouvoir d'achat fait que bon nombre de chefs de familles ne sont plus en mesure d'assumer toutes les responsabilités familiales. Dans ces cas là, c'est à la femme que reviennent certaines charges de la famille, y compris celles relatives aux frais de santé. DN, une veuve de 50 ans, est dans cette situation. Elle avance :

*« Les maris n'assument plus leurs responsabilités dans la famille. J'ai toujours eu en charge l'essentiel des besoins de mes enfants, même du temps où leur père vivait encore. Si l'on a une grande famille qui ne dépendent que de nous qui avons de maigres ressources, une aide dans le cadre de la santé ne peut qu'être la bienvenue ».*

K.M s'exprime dans la même lancée. Elle souligne que si elle a adhéré, c'est pour pouvoir prendre en charge ses enfants et ses deux petites sœurs qui sont sous sa responsabilité.

L'adhésion de certaines femmes s'explique donc par les charges de plus en plus importantes qu'elles assument au sein de la famille.

---

<sup>65</sup> C.Bop, « Les femmes chefs de famille à Dakar » in *Femmes du Sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, 1996, P134

La mutuelle est ainsi perçue comme une initiative salubre même pour celles qui possèdent déjà une couverture sociale. En effet, elle leur permet de couvrir des personnes non reconnues comme ayants droit au niveau du système obligatoire. C'est le cas de K.B.S qui déclare : « *je bénéficie déjà d'une protection puisque mon mari est fonctionnaire. J'ai adhéré pour les personnes que j'ai en charge (une filleule et une nièce)* ».

Pour ce qui est du fonctionnement de la mutuelle, les opinions sont très favorables. La même litanie revient souvent dans les bouches : « *les responsables font bien leur travail. Elles s'occupent bien de nous et nous indiquent tout le temps ce que nous devons faire* ».

Ainsi donc, nous pouvons dire que le caractère bénéfique de la mutuelle remporte la sensibilité de la quasi-totalité des membres. L'efficacité des actions menées et la confiance accordée aux responsables de la mutuelle sont à l'origine de cet état de fait.

## **7.2. Une Connaissance mitigée sur le processus de fonctionnement de la mutuelle.**

La connaissance du processus de fonctionnement de la mutuelle n'est pas partagée par toutes les adhérentes. En effet, même si une bonne partie des adhérentes (32 sur 58) semblent être bien informées des services qui leur sont couverts, d'autres n'en possèdent qu'une connaissance vague. En effet, malgré les sensibilisations faites à ce sujet, près de la moitié des femmes interrogées ne sont pas très au courant des critères établis dans la prise en charge des prestations. Les perceptions qu'a K.L, une dame de 49 ans, l'attestent :

*« La mutuelle est une bonne chose. Quand tu es malade, tu te rends directement auprès des structures de santé conventionnées et là-bas, tu ne paies que la moitié des frais ».*

Cette personne ignore donc que dans certains cas, le remboursement ne se fait qu'à 25 % ou que certaines maladies ne sont pas prises en charge. Cette méconnaissance du plateau des prestations et qui trouve son explication, en premier lieu, dans le faible niveau d'instruction des femmes

enquêtées, est à l'origine de nombreuses incompréhensions ou frustrations constatées chez certains membres. Cet état d'esprit transparaît dans les propos de H.S.D, une des inactives que nous avons rencontrée. Elle déclare :

*« J'ai été parmi les premières à avoir adhéré à la mutuelle. Je cotisais régulièrement jusqu'au jour où je suis tombée malade. Une fois arrivée au niveau de la mutuelle, on n'a pas voulu me délivrer une lettre de garantie, arguant que cette maladie n'entraîne pas dans le lot des prestations assurées. Je suis rentrée comme cela avec ma douleur et, depuis lors, je ne cotise plus. Si une mutuelle ne peut pas te prendre en charge lorsque tu es malade, à quoi sert – elle alors ?*

Le discours de cette dame montre un déficit d'informations en ce qui concerne les maladies non prises en charge par la mutuelle à savoir les affections chroniques. La définition du paquet de prestation et de ses limites ne semble pas être très claire dans l'esprit de certaines enquêtées. D'ailleurs, la gérante estime que c'est cette méconnaissance qui est la source de beaucoup de désistements car *« certains membres estiment que la mutuelle ne prend pas en charge les maladies dont ils souffrent »*. En plus, elle dévoile un manque de conscientisation sur certains principes de la mutuelle notamment la prévoyance. En témoigne le discours de S.A :

*« A y voir de plus près, on se rend compte que l'on peut rester un an ou plus sans tomber malade. Ainsi, on cotise chaque mois sans avoir besoin des services de la mutuelle. Si on est malade, c'est avec nos propres cotisations que la mutuelle nous rembourse. Finalement, je trouve qu'il y a plus d'intérêt à acheter soi-même ses ordonnances lorsque la maladie survient. »*

Cette carence dans la connaissance du processus de fonctionnement de la mutuelle trouve encore une fois son explication dans l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction observés chez la plupart des femmes enquêtées. En effet, les services couverts et le niveau des prestations sont délimités par l'AG des adhérentes et consignés dans les statuts et règlement intérieur. L'accession à cette information écrite est difficile pour la plupart des membres.

Cela est d'autant plus regrettable que la connaissance du processus de fonctionnement de la mutuelle semble être une condition *sine qua non* de sa

pleine réussite. C'est ce que souligne le gestionnaire du centre de santé Roi Baudouin qui explique :

*« La mutuelle de santé est une bonne chose. Cependant, elle ne sera réellement efficace que si elle est bien comprise par les membres. Si on parvient à bien leur expliquer le système, ils pourront mieux collaborer et seront à même d'appuyer le personnel de santé pour des prestations meilleures. »*

Il faut dire que ce problème de communication interne peut, à long terme, constituer une entrave à la bonne marche de la mutuelle. Par ailleurs, il pose en même temps celui de l'implication des membres à la gestion de leur mutuelle.

### **7.3. La faible implication des membres dans la gestion de la mutuelle.**

L'un des principes de base de la mutuelle de santé est que les membres formulent eux-mêmes les objectifs et s'impliquent de façon importante à leur réalisation. La participation de la population est reconnue comme une condition fondamentale du succès de la mutuelle.

Une participation démocratique effective des membres dans la gestion est perceptible à travers, d'une part, le fonctionnement des organes élus et, d'autre part, à l'importance de la proportion des adhérentes assistant aux réunions, élections et assemblées organisées par la mutuelle. Si l'on se fie aux données de notre enquête, tout laisse supposer une faible implication des membres, aussi bien au niveau des membres élus dans les instances qu'au niveau des membres simples.

Bon nombre de membres élus dans les structures dirigeantes ne sont pas très actifs dans la gestion des affaires de la mutuelle. Cela se reflète même dans l'évolution des adhésions. En effet, bien qu'on note une progression constante des membres depuis la création de la mutuelle, l'accroissement des nouvelles adhésions reste stationnaire par rapport aux membres de base. Le taux de pénétration (rapport entre le nombre d'adhérents d'une mutuelle de santé appartenant à une entité donnée et l'effectif total de cette dernière) est estimé à 10%. Ce qui montre que la mutuelle n'a pas atteint le dixième de sa population cible estimée à près de

20.000 personnes. S. G, l'assistant du coordinateur du STEP (une structure qui appuie la mutuelle) révèle que cet état de fait est dû au relâchement des activités des organes chargés de la sensibilisation et de la promotion. Il explique :

*« Les résultats de fin d'exercice de 2001 avaient révélé une baisse sensible de la croissance des adhésions de l'ordre de 16% contre un taux de 30% en moyenne. Alors, nous avons élaboré un plan d'action consistant à redynamiser les organes, surtout ceux devant assurer la sensibilisation. Les résultats ont été visibles en fin 2002. Il y a eu une montée en flèche des adhésions. Malheureusement, il n'y pas eu de continuité dans les actions. »*

Ce laxisme constaté chez certains membres des organes s'explique, selon la gérante, à leur statut de bénévole. En effet, la non rémunération de leurs actions conduit à un manque de motivation des membres qui se désintéressent souvent de la mutuelle aussitôt qu'ils trouvent une tâche plus lucrative.

S'agissant du degré de participation des membres simples, le problème reste le même. Dans l'ensemble, les assemblées et les réunions organisées par la mutuelle sont peu suivies. En atteste la proportion des membres présents lors de la dernière A.G, à laquelle nous avons d'ailleurs assisté. En dépit de l'annonce qui a été faite partout pour rejoindre la cible, l'assemblée n'a pas donné lieu à une forte mobilisation de la part des membres. Les personnes présentes ne faisaient même pas le quart de l'ensemble de la population adhérente.

Au niveau de la population enquêtée, la proportion des femmes affirmant assister régulièrement aux réunions est presque égale à celle des femmes qui déclarent n'avoir jamais assisté. Si l'on prend en considération les membres correspondant aux présidentes de groupement qui ont l'obligation d'assister aux réunions, la marge se rétrécirait pour ceux qui répondent fréquemment aux convocations de la mutuelle. Cet état de fait ne peut être imputé à un déficit dans la communication sur les dates des réunions. Une des animatrices rencontrées, M.ND, nous révèle qu'elle doit faire face à beaucoup de difficultés pour rassembler un nombre important de

membres au cours des réunions. « *En général, explique t-elle, quand nous convoquons un groupement pour une réunion, les femmes présentes n'excèdent pas dix (10) personnes* ».

Ce manque d'intérêt peut être attribué à la confiance que les membres ont envers les responsables de la mutuelle ou envers leur présidente de groupement. Ce qu'illustrent les propos de cette dame :

*« Pour les réunions, seule notre présidente y va. C'est elle qui nous rend compte après de ce qui a été décidé. Même pour les élections, nous lui faisons confiance. Nous sommes persuadées qu'elle votera dans le sens de nos intérêts ».*

Ce désintérêt pour les réunions a aussi des origines socio – culturelles. En effet, l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des femmes adhérentes fait que la plupart d'entre elles n'ont pas toujours les connaissances et les compétences requises pour saisir les questions techniques évoquées dans le cadre des réunions.

En même temps, cet analphabétisme rend très lent le processus d'appropriation de la mutuelle par les membres. La plupart ne sont pas conscientes du fait que la mutuelle est un bien commun et non la propriété d'une tierce personne.

D'un autre côté, les nombreuses occupations des femmes semblent être une des causes de leur faible implication. Une bonne partie (47%) des femmes interrogées déclarent manquer les réunions à cause d'un manque de temps. En effet, les travaux ménagers, associés le plus souvent à une activité génératrice de revenus, ne leur laissent pas beaucoup de temps.

Pour conclure ce paragraphe, nous pouvons dire que des facteurs économiques et socio – culturelles font que l'existence de structures destinées à favoriser une grande implication des membres ne se traduit pas, dans la réalité, par une participation effective de tous. Cet état de fait dévoile en même temps un autre problème de participation, d'ordre financier cette fois-ci, dont nous analyserons les différents aspects dans le chapitre suivant.

## **CHAPTIRE VIII : INCIDENCE DU MICRO-CREDIT SUR LA CONTRIBUTION FINANCIERE DES MEMBRES**

Beaucoup d'études (Fall, 2003 ; Atim, 2000) ont montré que les limites principales au bon fonctionnement des mutuelles de type communautaire résident dans la faiblesse des ressources de leur population cible. Cela ne favorise pas une pleine participation financière des membres et par conséquent, le niveau de prise en charge ne sera pas élevé. La promotion d'activités génératrices de revenus au sein des membres est perçue souvent comme une solution face à ce problème. Ainsi, le couplage « mutuelle/micro finance » est prôné comme un moyen d'accroître la capacité contributive des membres.

Au niveau du PROFEMU, la mise en place d'une caisse d'Épargne et de crédit a précédé celle d'une mutuelle de santé. Les adhérentes de *wer – werlé* sont déjà membres des MEC du PROFEMU ou elles bénéficient pour la plupart, de petits crédits qui leur permettent d'exercer des activités économiques. Cette association « assurance/mutuelle de crédit » nous a conduit à rechercher l'influence que pourrait avoir le crédit sur l'assiette financière de la mutuelle. L'octroi d'un crédit aux membres d'une mutuelle de santé favorise t-elle réellement leur participation financière ?

Pour analyser cet impact, nous avons tenu compte de plusieurs paramètres : l'effet du crédit sur les revenus des membres interrogés ; les points de vue sur le montant et la périodicité des cotisations ; la proportion des membres interviewées ayant ou non des difficultés dans la cotisation, celle des membres qui ont eu à contracter des retards dans le versement des cotisations ; le taux de recouvrement général des cotisations.

### **8.1. L'impact positif du crédit sur les revenus des membres**

Le crédit semble avoir un effet positif sur l'activité économique des membres. Ceci est confirmé par le nombre de femmes interviewées (76%) qui nous ont affirmé avoir débuté une activité lucrative grâce au crédit alloué par le PROFEMU. La profession exercée est en général le petit commerce. En effet, celui-ci est le métier le plus répandu chez les femmes en ville. Il est l'emploi le plus facile d'accès.

Au niveau des femmes enquêtées, les activités exercées grâce à l'obtention d'un crédit ont contribué à augmenter les revenus. Cela se répercute aussi sur leur capacité à s'acquitter des cotisations fixées par la mutuelle.

En effet, une forte majorité des femmes interviewées (80%) trouvent les cotisations abordables. En plus, la plupart des membres reconnaissent n'avoir pas eu de difficultés financières pour s'acquitter de leur cotisations, même si une infime partie avouent rencontrer quelquefois des problèmes financiers. KM, une veuve de 48 ans, se trouve dans cette dernière catégorie. Elle explique : *« ce que je gagne dans mon commerce (elle est vendeuse de pain dans son quartier) suffit juste à assurer les besoins alimentaires de ma famille. »*

Mis à part quelques membres qui trouvent les cotisations un peu chères, les points de vue recueillis montrent que le montant des cotisations demandé par la mutuelle de santé n'est pas dans l'ensemble excessif par rapport aux revenus des membres. On peut donc dire que le micro crédit a une influence positive sur les revenus des membres et, partant, sur leur capacité contributive.

Cependant, ce qui semble contradictoire et qui mérite une attention particulière, c'est le nombre important de membres ayant contracté des arriérés dans leurs cotisations. En effet, contrairement à l'effet attendu, la capacité financière des membres ne s'est pas répercutée sur l'assiette financière de la mutuelle.

## 8.2. Un manque de volonté dans le paiement des cotisations

Le taux de recouvrement des cotisations est le rapport entre le montant des cotisations réellement perçu et le montant dû par les membres pendant une période donnée. Un taux proche de 100% atteste d'une participation financière active de la part des membres.

Au niveau de *wer – werle*, malgré une bonne capacité financière des membres favorisée par une adaptation du montant des cotisations à leurs revenus, une grande partie d'entre eux ont toujours des arriérés dans les cotisations. Les taux de recouvrement sont relativement faibles. En 2003, il est de l'ordre de 64% si l'on tient compte de ceux qui cotisent au moins une fois l'an. Ce chiffre serait beaucoup plus bas si l'on considère les propos de la gérante qui estime le nombre d'adhérentes à jour de leurs cotisations à 50%.

Ainsi donc, on peut dire que l'effet du crédit sur les revenus des membres n'a pas eu l'impact attendu sur leur participation financière.

Au niveau de la population interviewée, on constate que même celles qui trouvent le montant des cotisations à leur portée contractent dès fois des retards de paiement. Les raisons évoquées par cette catégorie et aussi par celle des « inactives » relèvent moins d'un manque de ressources que d'un certain désintérêt.

En effet, les discours tenus par ces membres, bien que montrant une reconnaissance des avantages liés à la mutuelle, laissent entrevoir la place moins importante qu'occupe la prévoyance des risques de maladie par rapport à d'autres besoins d'ordre stratégique.

Ce qui nous amène à axer l'explication du phénomène en terme de « will to pay » (volonté de payer) et de « ability to pay » (capacité de payer). En distinguant ces deux expressions, Russel<sup>66</sup> avait montré que la première traduit la nécessité pour un individu de se procurer un bien ou un service

---

<sup>66</sup> S.RUSSEL, cité par MB. Sène dans, *L'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé : la contribution des mutuelles au Sénégal*, 2000, p129

pour satisfaire un besoin ressenti alors que la seconde dépend du revenu de cet individu et du coût du bien ou du service à acheter. Partant de là, il dégage leur degré de dépendance en disant que la volonté de payer ne peut être effective que si la personne dispose de ressources nécessaires pour matérialiser cette volonté.

Pour notre cas, la réciprocité semble tout aussi être vraie. L'analyse des raisons de ces retards montre effectivement que la capacité de payer ne traduit pas nécessairement la volonté de payer. En effet, pour beaucoup des membres interrogés, le retard dans le paiement est dû simplement à de la négligence. Les propos de F.D, une enquêtée, le confirme :

*« Si j'ai des retards de cotisations parfois, c'est simplement par négligence. Il m'arrive aussi d'oublier. 200 F CFA ou 250 F CFA ne signifie rien pour moi (Foumou ma fèkk baayi ma fa) »*

N.M.S, vendeuse de légumes dans un marché, est aussi dans la même situation. Elle explique :

*« C'est simplement par négligence si j'ai des retards dans la cotisation (saagan rek). Avec mes trois enfants, je ne participe que pour 1000 Francs par mois et mes moyens me le permettent largement ».*

Certaines « inactives » évoquent, comme motif d'abandon, les multiples charges dont elles doivent faire face au niveau de leur famille. Un membre du C.A., DD, souligne que ces raisons ne se justifient pas car, explique t-elle :

*« Les tontines figurent bien parmi leur [les femmes] priorités même si elle ne le disent pas. Ne nous trompons pas. On sait que la quasi-totalité des femmes membres participent à des tontines quelque part où elles cotisent une somme bien plus élevée que 250F/mois ».*

Cet état de fait semble être confirmé par les propos de cette dame « une inactive » qui avoue :

*« J'ai arrêté au niveau de la mutuelle parce que je suis tenue de verser une somme importante au niveau des caisses d'épargne et de crédit si je veux bénéficier d'un autre financement. Je ne peux pas concilier les deux en ce moment. Je régulariserai mon cas dès que ce sera terminé ».*

Ces propos montre que la mutuelle de santé semble être reléguée au second plan parmi les priorités de certains membres.

D'un autre côté, l'utilisation des revenus, comme l'a montré Sophie Teysser<sup>67</sup> sert plus à financer et à entretenir des relations sociales au cours des cérémonies familiales (baptême, mariage) à travers la remise du « ndawtal » (participation en nature ou en espèce donnée au cours d'une cérémonie et dont on attend la réciprocité lors d'une même occasion). Les propos de cette femme de 50 ans qui explique les raisons de son abandon en sont l'illustration parfaite :

*« Je tiens un commerce de fruits de mer au marché le Joola. Dernièrement, j'ai dépensé toutes mes économies lors du baptême de l'aîné de ma fille. Je me retrouve en ce moment quasiment à la ruine et je dois tout recommencer à zéro. C'est la raison pour laquelle j'ai arrêté de cotiser à la mutuelle, mais je recommencerai dès que mon état financier s'améliore. »*

Ainsi, il se trouve que contrairement à la hiérarchie établie par Maslow<sup>68</sup> où les besoins de sécurité prime sur les besoins sociaux, la sécurité n'est pas classée parmi les priorités-maitresses. Ici, la satisfaction des besoins d'affiliation, de reconnaissance, de prestige social prenne le pas sur beaucoup d'autres. L'incontournable don/contre-don, que traduit le fameux « potlatch » de Marcel Mauss (obligation de donner, de rendre, de recevoir) est pleinement vécue dans la société sénégalaise. Ceci fait que la plupart des gens, quels que soient leurs revenus, ne sauraient manquer à ces dépenses sociales car l'honneur et le prestige familial sont engagés.

On s'aperçoit donc que le manque de volonté de certains membres, accentué par des pesanteurs socioculturelles auxquelles les femmes semblent être plus sensibles, fait que la prévoyance des risques de maladie n'est pas ressentie comme une préoccupation majeure. Ce qui fait que même

---

<sup>67</sup> S.TEYSSER, « Quel crédit pour les femmes ? » in *Femmes du Sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, 1996, P239

<sup>68</sup>

Cours de psycho-sociologie des organisations de Moustapha Dièye en maîtrise de sociologie (2004).

s'il est avéré que la plupart des membres peuvent s'acquitter correctement de leurs cotisations, cela ne se traduit pas dans les faits par une participation financière active. Par conséquent, la mutuelle se retrouve souvent avec des déficits dans les comptes.

On peut donc se demander si avec toutes ces difficultés, la mutuelle parvient à assurer à ses membres à jour des services de santé adéquats. Cette question sera traitée dans le chapitre qui va suivre.

## **CHAPITRE IX : DES SERVICES EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DES MEMBRES**

Des auteurs (Atim, 2000) ont montré que l'efficacité d'une mutuelle de santé réside dans sa capacité à adapter les services aux besoins des membres.

Dans ce chapitre, nous allons évaluer la conformité des prestations avec les besoins des membres de *Wer-Werle*. Pour y arriver, l'analyse va porter sur les aspects suivants :

- Le degré de satisfaction de la population enquêtée (fréquence de l'utilisation des services, nature des services sollicités, services sollicités et qui ne figurent pas sur le plateau des prestations offerts par la mutuelle ...)
- L'appréciation de la qualité et du coût des soins offerts par la mutuelle.

### **9.1. Un bon plateau de prestations**

Les types de services offerts semblent convenir à la quasi totalité des membres ayant déjà utilisé les services de la mutuelle. Cette satisfaction dans les prestations proposées se reflète sur la fréquence dans l'utilisation qu'en font les bénéficiaires. En effet, 79% des femmes interviewées ont avoué avoir eu recours plusieurs fois aux services de la mutuelles (pour elle même ou pour un membre de leur famille). Cette utilisation massive s'explique par le fait que le type de services offerts répond pour la plupart aux besoins essentiels des membres.

En matière de médicaments (qui est d'ailleurs le service le plus sollicité), la mutuelle rembourse les frais d'achat à hauteur de 25%. En plus, elle a mis en place sa propre pharmacie en vue de faciliter à ses membres l'accès aux médicaments essentiels génériques, beaucoup moins chers. En effet, il est reconnu que la couverture des produits pharmaceutiques constitue la prestation la plus risquée en raison de leur prix exorbitant. Ceci

découle du fait que la plupart des médicaments sont importés et donc assujettis au lobbying des firmes pharmaceutiques étrangères. En plus, la politique de l'Etat en matière de promotion des MEG au niveau des pharmacies n'est pas suffisante d'autant plus que la part la plus importante de leur redistribution est assurée par le secteur privé.

Tout cela fait que même si certains membres trouvent le plafond de remboursement un peu bas, ils se réjouissent de cette opportunité qui leur fait payer moins cher les médicaments. Ces avis sont partagés par beaucoup de membres à l'image de N.S qui déclare : *« Tout le monde sait que les médicaments sont trop chers dans ce pays. Si l'on a une structure qui nous réduit le coût, nous ne pouvons que nous en réjouir. »*

D'un autre côté, il est bien évident que les besoins spécifiques des femmes sur le plan de la santé sont essentiellement liés au phénomène de la reproduction. En ce sens, les soins prénatals et postnatals, ainsi que les accouchements constituent des priorités pour elles et traduisent souvent leur adhésion.

De ce fait, la prise en charge, par la mutuelle des prestations telles que les accouchements, la gynécologie, l'échographie, les analyses a conquis l'approbation de toutes les femmes interviewées. En atteste les propos de A.S. une femme de 31 ans, visiblement en état de grossesse avancée :

*« J'utilise beaucoup les services de la mutuelle surtout pour ma grossesse -ci. Munie de la lettre de garantie, je me rends souvent à la clinique ASBEF où l'on me prodigue tous les soins nécessaires ».*

N.L., 38 ans, partage la même opinion et se dit très contente que la mutuelle prenne en charge les besoins propres aux femmes en matière de santé, surtout en ce qui concerne les problèmes gynécologiques. Elle avance :

*« J'avais des problèmes d'aboutissement de grossesse. J'ai eu trois avortements successifs. A chaque fois, l'Hôpital me renvoyait après deux journées d'hospitalisation, mon mari n'ayant pas les moyens suffisants pour me payer ce genre de traitement. Mais depuis que je suis affiliée à la mutuelle,*

*je bénéficie d'un bon suivi auprès du gynécologue et mon état s'est amélioré ».*

Une Femme de 42 ans, AD, est du même avis. Elle dit que l'adhésion à la mutuelle lui est très utile dans ce domaine. *«D'ailleurs, déclare-t-elle en me désignant un garçon d'environ 4 ans, je suis la première à avoir bénéficié du service « accouchement » de la mutuelle ».*

De façon générale, les types de services proposés semblent avoir conquis l'assentiment de toutes. La grande majorité des femmes interviewées ayant eu recours aux services de la mutuelle (86%) déclarent n'avoir rencontré aucun refus dans la prise en charge des prestations sollicitées. Les propos de A.M. traduit cette satisfaction :

*«Le plateau des prestations est très riche. En plus des soins générales, la mutuelle y a renforcé des soins spécialisés tels la gynécologie, l'ophtalmoscopie et même les soins dentaires. Elle couvre l'essentiel de nos besoins en matière de santé. »*

Cette satisfaction dans les types de services couverts est liée à une bonne identification des besoins des membres par la mutuelle. En effet, avant la mise en place de la mutuelle, une étude de faisabilité avait été réalisée auprès de la population ciblée. Les résultats de cette étude ont permis de préciser les services dont le groupe cible a le plus besoin et ainsi, d'en tenir compte lors de la définition des prestations. Les choix se sont effectués dans la mesure du possible à partir des souhaits exprimés par la population.

## **9.2. Une qualité et un coût des soins jugés satisfaisants**

La perception de la qualité des soins par les membres est liée à un ensemble de critères. Des appréciations objectives comme la disponibilité des médicaments ou du personnel médical, les temps d'attente, mais aussi des critères d'ordre subjectifs (l'accueil, les relations personnelles établies avec le personnel soignant, les opinions sur la compétence du personnel...) entrent en jeu.

Au vu des réponses recueillies auprès des femmes interviewées, l'accueil du personnel est l'élément majeur d'appréciation de la qualité des soins. Bon nombre d'entre elles reconnaissent que le personnel médical leur réserve un accueil bienveillant. A.D. abonde dans le même sens : « *dès qu'ils (le personnel médical) voient que tu est munie d'une lettre de garantie, il te réserve un bon accueil. Avec le carnet, ils te respectent plus* ».

D'autres ont souligné les rapports chaleureux qu'ils entretiennent avec le personnel médical. Y.L, une diabétique qui effectuent toutes ses analyses au niveau de Roi Beaudouin révèle : « *les infirmiers sont bienveillants avec moi. D'ailleurs, ils me reconnaissent maintenant très bien et s'occupent bien de moi à chaque que j'y vais* ».

D'autres encore se sont prononcées sur les temps d'attente. Selon bon nombre d'entre elles, la mutuelle a supprimé les attentes interminables au niveau des formations sanitaires. C'est l'avis de F.D. qui affirme : « *Dès que j'arrive au niveau du centre de santé pour faire mes analyses, on s'occupe aussitôt de moi. Je ne fais même pas la queue* ».

Cet accueil réservé aux membres de la mutuelle ne résulte aucunement d'un traitement de faveur de la part des prestataires. En effet, selon le gestionnaire du centre de centre Roi Baudouin, le personnel de santé n'établit aucune différence entre les patients provenant des mutuelles et les autres. Il explique :

*« On ne peut pas faire deux poids deux mesures. C'est simplement qu'au cours des rencontres périodiques que nous avons avec la mutuelle, il arrive que celle-ci nous soumette un problème concernant un aspect de la qualité dont leurs membres se plaignent. Et là, nous en discutons avec le service mis en cause pour arranger la situation. A notre tour, nous leur faisons le feed-back des relations que nous avons avec les membres. Cet échange est vraiment fructueux pour nous en ce sens que les critiques et les suggestions que la mutuelle nous apporte nous permettent de nous corriger. La mutuelle et ses membres, c'est vraiment l'œil extérieur par rapport aux prestations que nous offrons. »*

Ainsi, on peut dire que la mutuelle assure à ses membres des soins de qualité acceptable. Cette qualité semble être plus appréciée au niveau du cabinet médical de *Wer-werle*. Ces propos reviennent comme un leitmotiv dans la bouche des membres: « *Au niveau du PROFEMU, le docteur t'accorde le temps et l'attention nécessaire. Il est vraiment rassurant. En plus, on a la possibilité d'acheter sur place et moins cher les médicaments qu'il prescrit.* »

En ce qui concerne le coût des soins. Une bonne partie des membres ayant utilisé les services de la mutuelle trouvent le coût des soins abordables. En atteste les propos de N.L.

*«Du moment que c'est la mutuelle qui prend tout ou une partie des charges, le coût des soins devient plus à notre portée. Avant il nous était très difficile de se faire soigner au niveau des structures prestataires à cause de tous les frais que cela engageait. Maintenant, avec la mutuelle de santé, je fréquente de plus en plus les services prestataires ».*

Une autre femme de renchérir : « *une fois que j'ai effectué toutes mes analyses, la somme que je devais verser était tellement minime que ça avait l'air d'être gratuit* ».

S'agissant de l'accessibilité géographique, elle est appréciée par rapport à la distance ou le temps mis pour atteindre les formations sanitaires. Les données de notre enquête révèlent une satisfaction des membres sur la proximité que la mutuelle leur a créée avec les prestataires. Elle est partagée par bon nombre de membres à l'instar de Y.L. qui habite Guédiawaye :

*« Avant d'adhérer à la mutuelle, je devais effectuer toutes mes analyses à l'hôpital Principal ou je suis un traitement pour mon diabète. Il m'arrivait souvent de ne pas respecter mes rendez vous non pas par manque d'argent mais plutôt par paresse. Il faut reconnaître que l'hôpital est assez loin. »*

Cette satisfaction se remarque dans les propos de M.B, une femme de 44 ans :

*« Avec l'imputation budgétaire de mon mari, je peux bien me soigner à l'hôpital Principal. Mais avec toutes les dépenses que cela me coûtent en temps mais aussi en argent (transport), sans compter les tracasseries administratives. Cela me prenait dès fois toute une journée. Depuis que j'ai adhéré, au moindre mal, je vais voir le docteur de la mutuelle. »*

On voit donc que même celles qui bénéficient déjà d'une protection maladie font appel à la mutuelle dont la procédure de prise en charge est jugée moins contraignante. La complexité et la lenteur des systèmes formels nécessitent souvent plusieurs déplacements ne pouvant être réalisés en une seule journée. Les difficultés que cela occasionne sont parfois incompatibles avec les multiples occupations de la plupart des femmes.

La réduction du coût des soins, l'accès à des soins de qualité meilleure et la proximité avec les structures affiliées font que les membres malades se font consulter dès les premiers symptômes. Ils n'attendent plus que la maladie se complique pour aller vers les structures de santé. Comme l'a dit BS, *« Légui Kay lu ma wocc rek ma daw (je n'attends plus que la situation s'aggrave pour aller me soigner)*. Selon le médecin de la mutuelle, cette consultation précoce est un véritable avantage, tant du point de vue de la durée du traitement que de son efficacité.

Dans l'ensemble on note que l'adéquation des services aux besoins des membres a conduit à une utilisation massive des services par ces derniers et par conséquent à l'amélioration de leur état sanitaire. Cela traduit l'expression de leur grande satisfaction aussi bien en ce qui concerne les types de services offerts qu'au niveau de la qualité et du coût des soins. Les membres ont ainsi une confiance dans les capacités de la mutuelle. Cette foi se manifeste à travers la formulation de leurs attentes. Ainsi, pour certains, la mutuelle devrait signer une convention avec une structure hospitalière au moins. Pour d'autres, elle doit relever le niveau de remboursement des médicaments. Les quelques diabétiques que nous avons rencontrés pensent, pour leur part, que la mutuelle doit associer le traitement du diabète à leurs prestations.

### **9.3. Des effets bénéfiques indirects**

La mutuelle renforce non seulement l'état sanitaire de ses membres mais à d'autres incidences salutaires sur le plan social, économique et psychologique.

Le premier effet indirect de la mutuelle réside dans la contribution qu'elle apporte à l'éducation des femmes notamment en matière de santé. En effet, les séances d'animation sur la santé de la reproduction (planification familiale, santé maternelle et infantile) organisées par la mutuelle renforcent les connaissances des femmes en matière de soins sanitaires. Ce qui est très important quand on sait que presque toutes les tâches essentielles en matière d'administration des soins de santé relève du domaine de la femme à l'intérieur de la famille. En ce sens, elles sont les principales « pourvoyeuses » de soins en ce qui concerne les pratiques nutritionnelles et d'hygiène, la vaccination des enfants, l'attention accordée aux personnes âgées... Ces informations détenues par les femmes grâce à la mutuelle en matière d'éducation pour la santé vont influencer positivement sur leur comportement en matière de prévention et de promotion de la santé au niveau familiale et dans la communauté toute entière.

D'un autre côté, les formations accordées gratuitement par des structures d'appui à l'intention des administrateurs de la mutuelle (gestion administrative et financière, IEC,...) sont très bénéfiques et contribuent grandement au renforcement de leurs capacités.

Comme effet indirect aussi, on peut citer l'impact de la mutuelle sur les revenus des membres. En effet, bon nombre de membres interrogés ont affirmé que l'affiliation à une mutuelle de santé a un effet positif sur leurs activités professionnelles. En effet, ils ont plus de temps à consacrer à leurs activités puisqu'ils ne se donnent plus de mal pour trouver l'argent nécessaire aux soins. Ainsi, en accordant à ses membres plus de temps, la mutuelle protège en même temps leur revenus. C'est ce que confirme AB qui déclare :

*« La mutuelle m'a permis de faire des économies (sakanalnama) parce que si ce n'était avec la mutuelle j'aurais pu dépenser quinze mille francs (15 000f) ou plus pour une seule ordonnance. Cela pourrait porter préjudice à long terme à mes revenus. ».*

En plus d'autres ont souligné la tranquillité d'esprit qu'elles éprouvent grâce à la mutuelle et qui se ressent jusque dans leur travail. En effet il est bien évident qu'un mauvais état de santé réduit la présence au travail et par conséquent la productivité. KB est bien conscient de cela et il souligne :

*« La mutuelle est une bonne chose car si je tombe malade, je serai dans l'incapacité de travailler. De même, si l'on a des enfants malades, on ne pourra pas travailler aussi. Alors si tu sais que tu es bien protégé financièrement contre les risques de maladie, tu peux faire ton travail normalement en ayant l'esprit tranquille. »*

Ainsi donc, on peut dire que la mutuelle facilite un accès aux structures sanitaires à la fois financière, technique et géographique à ses membres. En ce sens, elle contribue à l'amélioration de leur état sanitaire. Par la même occasion, elle a des répercussions bénéfiques sur leur éducation, leur activité économique et leur quiétude d'esprit.

Par ailleurs, bien que l'avantage d'une identification préalable des besoins des membres soit confirmé, elle n'a pas eu d'effet sur les adhésions. Contrairement à ce qui était attendu, la mutuelle n'a pas atteint le dixième de sa population cible.

Le prochain chapitre traite de la recherche de soins par les membres de la mutuelle.

## **CHAPITRE X : LA RECHERCHE DE SOINS PAR LES MEMBRES : DIVERSIFICATION DANS LES TYPES DE RECOURS THERAPEUTIQUES**

### **10.1. Des soins plus tournés vers la médecine moderne**

Des études<sup>69</sup> ont montré que le déterminant économique est l'élément majeur du choix des types de recours thérapeutique en cas de maladie. La faiblesse des revenus de la majorité de la population et le coût élevé des prestations de la médecine moderne ont conduit à une désertion des structures sanitaires par les populations. Ces dernières ont orienté les recours vers d'autres stratégies souvent moins chères (automédication, médecine traditionnelle..).

La mutualisation du risque de maladie, en favorisant l'accès à des soins de moindre coût et de qualité meilleure, a-t-elle redonné à la médecine moderne sa place d'antan ?

L'enquête de terrain a montré que les membres ont plus de confiance en la médecine moderne. La quasi-totalité, soit 96% des interrogées, affirment se rendre d'abord vers la médecine moderne lorsqu'ils sont malades. Cet état de fait résulte de la reconnaissance par ces dernières de l'efficacité de la médecine moderne. Cependant, cette foi en la médecine moderne n'exclut pas souvent, comme nous allons le voir l'exploration d'autres types de recours.

### **10.2. L'ampleur de l'automédication**

L'automédication est très pratiquée au sein de la population interviewée. Seules deux femmes nous ont affirmé ne se fier exclusivement qu'à un avis médical. Celles qui achètent des médicaments sont moins nombreuses que celles qui utilisent d'autres produits. Elles représentent moins de 13% de l'ensemble des membres qui pratiquent l'automédication.

---

<sup>69</sup> **D.Fassin**, *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Paris, 1992 ; **D.Gobbers & P.Oyono**, *La recherche en santé au service du développement*, CEDA, Abidjan, 2001

Ceci peut s'expliquer par le fait que les médicaments font partie des prestations prises en charge par la mutuelle ; ce qui fait que la plupart des membres se tournent plus vers l'officine de la mutuelle de santé qui vend des médicaments génériques donc moins chers. Les médicaments utilisés dans l'automédication sont en général l'aspirine ou le paracétamol pour venir à bout d'affections bénignes « *Parfois, si j'ai des maux de tête, j'achète des médicaments moi-même* »

L'automédication ne se résume pas seulement aux médicaments mais concerne aussi les plantes médicinales (racines, feuilles, écorces...)

Les décoctions ou tisanes obtenues à partir de certaines plantes aux vertus curatives sont connues par la plupart de nos enquêtées. Le discours de Y.L semble confirmer cela :

*« Je suis un traitement à l'hôpital pour le diabète. N'empêche, j'entends souvent dire que telle écorce ou telle racine peut guérir ma maladie. Alors, il m'arrive souvent de les utiliser. »*

Une autre femme K.M de renchérir : « *j'ai « le sitti » (une dermatose) et j'utilise souvent les racines du « Dankh » réputées efficaces contre cette maladie* ».

Ce côté traditionnel de l'automédication s'explique par le fait que dans nos sociétés la plus grande partie des soins sont données à l'intérieur du réseau familial et social. Quand quelqu'un est malade, il y a ce que Janzen a appelé le « groupe organisateur de la thérapie »<sup>70</sup> (membres de la famille, parents proches, voisins...) qui se mobilise pour proposer des remèdes contre l'affection en cause. Ainsi, tout un chacun est en mesure de prescrire à l'autre qui, une racine, qui, un mélange d'écorces divers pour venir à bout d'une maladie donnée et la plupart du temps, on ne fait recours aux

---

<sup>70</sup> Intervention de Khoudia Sow intitulée « *Solidarité et santé : l'exemple du SIDA* » en cours d'anthropologie de la santé de Lamine Ndiaye en Licence de sociologie (2003).

spécialistes médicaux que si la maladie est jugée « sérieuse ». Le discours de F.T, une femme de 55 ans, témoigne de cet état de fait :

*« Je fais partie d'une famille réputée dans la maîtrise des plantes curatives. Nos aïeux nous ont laissé un savoir connu dans ce domaine. Je prépare moi même des tisanes ou des décoctions pour nos propre soins ».*

Les raisons évoquées pour expliquer cette automédication se résument souvent dans la foi en la médecine traditionnelle ; comme le montre le discours de cette femme :

*« La coutume et la tradition existent depuis toujours. Les racines et les feuilles que nos ancêtres utilisaient depuis la nuit des temps prouvent encore leur efficacité. Je suis lingère et j'ai souvent des courbatures. Pour apaiser la fatigue, j'utilise souvent des feuilles de bissap (oseille) mélangés avec du Kel.*

### **10.3. La persistance des pratiques traditionnelles**

L'enquête de terrain a montré que l'affiliation à une mutuelle ne signifie pas nécessairement l'abandon des consultations ou traitements au niveau de la médecine traditionnelle. En effet, parmi les 58 enquêtées, 13 seulement nous ont affirmé n'avoir jamais eu recours à la médecine traditionnelle. Et pour la plupart des membres de cette catégorie, c'est pas parce qu'elles n'y croient pas, mais c'est plutôt par méfiance, comme l'explique SK :

*« En ville, tout le monde se dit guérisseur alors que la plupart d'entre eux sont des charlatans. Les vrais guérisseurs se trouvent ailleurs et ne crient pas à tout bout de champ leur compétence. »*

Ainsi, on constate que même s'il reconnaissent d'emblée l'efficacité de la médecine moderne, cela ne les empêche pas de faire la navette entre celle-ci et la médecine traditionnelle. A.B explique les raisons de cette combinaison :

*« La médecine moderne à ses limites. Il y a des domaines qui entrent dans leurs compétences et d'autres pas. Je vais vous donner un*

*exemple. Après mon mariage, je suis resté 5 années sans avoir eu d'enfant. Les traitements que je suivais à l'hôpital ne donnaient rien. Finalement, je suis allée voir un guérisseur et c'est lui qui m'a soignée.»*

F.G, une femme de 62 ans s'exprime dans la même lancée :

*« Je fais confiance au docteurs mais ces derniers ne reconnaissent pas certaines maladies, comme par exemple le rab (mauvais esprits). Cela relève plutôt de la compétence des guérisseurs. »*

On voit que les femmes combinent souvent traitement moderne et traitement traditionnel. Beaucoup d'entre elles ont avoué avoir consulté un guérisseur à cause d'une maladie qui persistait malgré le recours à des traitements modernes. *« Dans ces cas là, explique une dame, on commence à avoir des doutes et on se demande s'il n'y a pas autre chose derrière »*. Ici, la logique semble être seulement celle de la guérison et la médecine moderne aussi bien que la médecine traditionnelle ne semble détenir le monopole de l'efficacité.

Beaucoup d'entre elles ont déclaré avoir consulté un guérisseur lors d'une grossesse. Comme l'a dit M.B *« A chaque fois que j'ai été enceinte, je vais voir un marabout de temps en temps : c'est surtout pour ma protection et pour celle de mon enfant qui va naître »*. La recherche d'une protection contre certains « esprits malveillants » pousse ces femmes à aller consulter un marabout. Donc sauf pour les affections banales, il est rare qu'un seul thérapeute vienne à bout des troubles.

On constate que la plupart des femmes ne voient pas dans le guérisseur un simple spécialiste des plantes médicinales mais le considère comme un « voyant » doté de pouvoir surnaturel. L'aspect mystique qui entoure la transmission de ces connaissances de générations en générations, et les dimensions spirituel (les prières, le « lemmu » [soigner par le verbe] et symbolique (les gestuels) dans l'administration des soins semblent être à l'origine de cet état de fait.

De plus, chez beaucoup d'Africains, la maladie n'est pas prise dans son sens physique ou biologique. Elle est perçue comme extérieure à l'individu et relève donc de la dimension socioculturelle, celle que lui a précisément conférée Allan Young dans le terme «sickness».

Ainsi, les causes de la maladie (son étiologie) sont souvent recherchées à l'extérieur et ne se fondent pas sur une explication clinique. C'est ce qui a poussé Bernard Taverne<sup>71</sup> à opérer une distinction (dans le modèle explicatif ressortant de l'interprétation des affections qu'il a recueillie chez différents tradi-praticiens) entre « maladies du bon Dieu » qui sont naturelles et « maladies de Satan » surnaturelles. Cette dernière est souvent le fait d'un « ennemi », d'un « envieux », d'un « dêmm » (mauvais esprit)..., d'où la recherche de protection contre ces « agressions extérieures »

Ainsi donc, on peut dire que la mutuelle, en favorisant l'accessibilité aux soins, a suscité un nouvel élan vers les structures sanitaires modernes. Cependant, des déterminants socio- culturelles ancrés (systèmes de représentations de la maladie relevant d'un construit plus culturel que biologique) font que son impact n'est pas très significatif dans les types de recours adoptés auparavant par les membres. On note toujours une survivance des pratiques traditionnelles en matière de soins de santé

---

<sup>71</sup> Intervention de Bernard Taverne en cours d'anthropologie de la santé de Lamine Ndiaye en licence de sociologie (2003).

## CONCLUSION

La question de départ était de savoir si les mutuelles développent des stratégies adéquates pour répondre à la demande des populations en matière de santé.

Pour y répondre, nous avons formulé comme hypothèses que si la mutuelle, par une identification préalable des besoins de la cible, réussit à mobiliser massivement cette dernière, elle sera en mesure de satisfaire aux attentes de ses adhérents ; ensuite, que le couplage « mutuelle de santé/ mutuelle de crédit » permet de contourner l'obstacle qu'aurait pu constituer la faiblesse des revenus de ses membres ; enfin, que la mutuelle n'aura pas d'effets significatifs sur les recours thérapeutiques ordinairement déployés par les populations.

Pour vérifier empiriquement ces hypothèses, nous avons choisi comme cadre d'étude la mutuelle de santé « *wer-werle*. » qui se trouve à Guédiawaye. De type communautaire, cette mutuelle s'intéresse principalement aux femmes. Elle est également imbriquée dans un schéma de micro-finance. L'exploration et les entretiens ont été les principales méthodes d'investigation utilisées lors de l'enquête.

Après analyse, il s'est avéré que certaines de nos hypothèses se sont révélées exactes tandis que d'autres méritent d'être nuancées. L'étude a montré que l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des femmes constituent les véritables handicaps à la bonne marche de la mutuelle. Ces facteurs sont à l'origine de la méconnaissance du processus de fonctionnement observé chez certains membres mais aussi de la faible implication de ces derniers dans la gestion de la mutuelle. Cependant, Le principe de solidarité est assez présent même s'il n'est pas aussi déterminant dans les raisons de l'adhésion.

Par ailleurs, on a vu que l'accès au crédit n'a pas eu l'impact attendu sur la participation financière des membres. Même s'il a été démontré que le montant des cotisations est compatible avec les revenus des membres, nous

avons noté un véritable manque de volonté dans le paiement des cotisations. Les pressions socioculturelles font que la prévoyance des risques de maladie est reléguée au second plan au profit de la satisfaction d'autres besoins plus stratégiques notamment l'entretien des relations sociales (cotisations à des tontines, dépenses dans les cérémonies familiales...).

Malgré toutes ces contraintes, la mutuelle parvient tout de même à assurer des soins de santé adéquats à ses membres. En allégeant les dépenses en matière de santé et en offrant des soins de qualité meilleure et de proximité, la mutuelle couvre l'essentiel de leurs besoins sanitaires. Ce faisant, elle contribue à l'amélioration de l'état de santé de ses membres. En même temps, elle a un effet positif sur le plan économique (augmentation de la productivité, protection des revenus) et sur le plan psychologique (quiétude d'esprit). Par son système de fonctionnement jugé plus souple, elle trouve un écho favorable de la part de ses membres, y compris ceux qui bénéficient déjà d'une protection maladie.

Cependant, un meilleur accès aux structures sanitaires ne signifie pas le recul des autres types de thérapies ordinairement déployées par les populations. Des déterminants socioculturels ancrés (système de représentations de la maladie) font que la médecine moderne continue d'être associée à des pratiques thérapeutiques traditionnelles (automédication, cure traditionnelle).

Il ressort de l'étude que la mutuelle, sous peine de remettre en cause sa viabilité, doit impérativement résoudre certains problèmes auxquels elle est confrontée, surtout ceux relatifs au recouvrement des cotisations. En outre, bien que le niveau de scolarisation soit un facteur limitant à la bonne compréhension de certaines informations, il est impératif de trouver une pédagogie adaptée pour délivrer une connaissance aux membres en vue d'une meilleure appropriation, par ces derniers, des principes et procédés de fonctionnement de la mutuelle. Ceci permet par ailleurs de responsabiliser davantage les membres et d'obtenir ainsi leur implication dans la gestion afin d'accroître de façon significative l'efficacité des actions engagées.

Pour terminer, l'étude retiendra que la mutuelle de santé constitue un élément moteur dans la foulée des solutions préconisées aux problèmes de financement des soins de santé. Elle est en train de restaurer l'équité dans la prise en charge de la maladie en facilitant l'accès aux structures sanitaires pour les populations à faibles revenus. En ce sens, l'Etat et les partenaires au développement doivent s'impliquer davantage pour lui trouver un cadre adapté dans lequel elle sera appelée à s'implanter pour pouvoir s'assurer des racines de développement.

Par ailleurs, il serait intéressant de voir l'apport que la mutuelle aura sur la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale. Cette question pourrait être l'objet d'investigations futures.

## BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages**

**AKOU André** et **ANSART Pierre** (sous la direction), *Dictionnaire critique de la sociologie*, le Robert Seuil, Paris, 1999, 583 P.

**ALBARELLO Luc**, *Apprendre à chercher (l'acteur social et la recherche scientifique)*, De Boeck Université, Paris, 193 P.

**ATIM Chris**, *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé (synthèse de travaux menés dans neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du centre)*, STEP, 2000, 69 P.

**BEAUD Michel**, *l'Art de la thèse*, La Découverte, collection "Repères", Paris, 2003, 191 P.

**BIT**, *Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale en Afrique francophone au sud du Sahara*, Genève, 2000, 199 P.

**BIT**, *Sécurité sociale : un nouveau consensus*, Genève, 2002, 126 P.

**BIT/AISS**, *les Principes de la sécurité sociale* Genève, 2001, 140 P.

**BIT/AISS**, *l'Administration de la sécurité sociale*, Genève, 2001, 201 P.

**Commune de Guédiawaye**, *Le Projet de ville de Guédiawaye*, 1996, 74P

**Direction de l'Aménagement et du Territoire**, *Superficies et effectifs de population des entités administratives*, 2000, 32 P.

**Direction de la Prévision et des Statistiques/DPS**, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS III)*, Dakar, 1997, 238 P.

**Direction de la Prévision et des statistiques (DPS)**, *Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM)*, Dakar, 1995.

**Direction de la Santé/DSSP**, *Evaluation du fonctionnement du système de santé de district au Sénégal*, Dakar, 2004.

**Direction de la Santé/ DSSP**, *Rapport de synthèse des activités de l'initiative de Bamako au Sénégal*, Dakar, 1999, 65p.

**DURURFLE Gilles**, *Le Sénégal peut-il sortir de la crise ? (12 ans d'ajustement structurel au Sénégal)* – Kathala, Coll "Les Afriques", 1994, 22P.

**FALL Couty**, *Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes*, BIT, ESS document N°9, 2003, 40 P.

**FNUAP**, *Etat de la population mondiale*, 2004, 115 P

**FASSIN Didier**, *Pouvoir et maladie en Afrique (Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar)*, PUF, Coll « Les champs de la santé », Paris, 1992, 359 P.

**GUEYE Amadou Talla et al.** *Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel : rapport de l'étude de faisabilité technique et financière*, Hôpital Régional de Diourbel/Epos, 2001, 130 P.

**GOBBERS Didier & EONO Philippe**, *La Recherche en santé au service du développement*, CEDA, Abidjan 2001, 438 P.

**GRAWITZ Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, Coll "Précis", Paris, 10<sup>e</sup> édition, 1996, 920 P.

**JUTTING Johannes & TINE Justin**, *Micro systèmes d'assurance et mesures de santé dans les pays en voie de développement (une analyse empirique de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais)*, ILO/ZEF, Bonn, 2000, 62P.

**KABORE Téléphore E. L. et al.**, *Guide méthodologique d'une approche de mobilisation sociale*, Mwangaza Action, Ouagadougou, 1998, 41 P.

**LABORDE-BALEN G. & TAVERNE Bernard**, « La protection sociale et la prise en charge des coûts liés au sida », in *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments anti-rétroviraux (analyses économiques, sociales, comportementales et médicales)*, ANRS, Paris, 2002, pp 207-219

**LACHMAN Werner, ROSNER Hans J** (sous la direction), *La protection sociale dans l'économie de marché (principes et procédés)*, Fonds Konrad Adenauer 1996, 380P.

**Ministère de l'économie et des finances / Direction de la planification et des ressources humaines**, *Déclaration de la politique de population*, 2002, Dakar, 100P

**Ministère de la santé et de la prévention**, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS Phase II : 2004-2008)*, juillet 2004, Dakar, 57 P + Annexes.

**Ministère de la santé et de la prévention**, *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, Dakar, 2004, 62P.

**OMS**, *Les femmes, la santé et le développement*, publication off set N°90, Genève, 1985, 38 P.

**OMS**, *Rapport sur la santé dans le monde (Façonner l'avenir)*, Genève, 2003, 230 P.

**QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, DUNOD, Paris 1995, 287 P.

**RAINHORS Jean D. et BURNIER Mary J.** (sous la direction), *La santé au risque du marché : incertitude et changement*, PUF, Collection "Enjeux", Paris, 2001, 332p.

**ROCHER Guy**, *Introduction à la sociologie générale*, ed HMH, coll « Points », Paris, 1968. **Tome I** : *L'action sociale*, 187P ; **Tome II** : *L'organisation sociale*, 243p ; **Tome III** : *Le Changement social*, 318p.

**SY Jacques Habib** (sous la direction), *Ajustement et hégémonismes en Afrique (les nouveaux habits de l'ajustement structurel en Afrique)*, Aide transparence Afrique/OXFAM Amérique, 2002, 33 P.

**TEYSSER Sophie**, « Quel crédit pour les femmes » ? in *Femmes du Sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, 1996, pp 207-219.

**UNICEF/CREDESA**, *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du centre : Origines, opérationnalisation et défis*, 1996, 66 P.

- **Guides et brochures**

**BIT - ACOPAM/ANMC/WSM**, *Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs administrateurs et gérants*, Dakar, 1996, 164 P.

**BIT-ACOPAM/WSM**, *Mutuelles de santé au Mali : connaissance, mise en place et fonctionnement*, Dakar, 1998, 42 P.

**BIT-STEP**, *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, Genève, 2003, 268 P.

**BIT - STEP**, *Micro assurance santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, Genève, 2002, 71 P.

**BIT- STEP/SEED**, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro assurance santé*, Genève, 2001. **Tome 1** : *Méthodologie*, 144 pages ; **Tome 2** : *Indications pratiques*, 102 P.

**BIT-STEP/SEED**, *Mutuelles de santé et associations de micro entrepreneurs*, Genève, 2001, 64 P.

**Commune de Guédiawaye**, *Zoom sur la ville de Guédiawaye*, 2003

**OIT**, *Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (plate forme d'Abidjan)*, Turin, 1998.

- **Mémoires**

**FALL Aboubacry**, *Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal*, Mémoires de fin de cycle, CESAG/Institut Supérieur de la Santé, 2001, 99 P.

**KANE Fatimata**, *Etude sociologique de la mutualité santé à travers la perception de ses adhérents et des changements apportés au vécu de ses derniers : l'exemple de la mutuelle de santé Soppanté*, Mémoire de DEA de sociologie, UCAD, 2002, 54 P.

**MBAYE Serigne Modou**, *Etude de faisabilité technique et financière pour la mise en place d'une mutuelle de santé à Mbodiène*, Mémoire de fin d'études, ENEA, 1997, 81 P.

**SENE Mbaye**, *L'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé : la contribution des mutuelles au Sénégal*, Mémoire de Maîtrise en service social, Université Laval, Québec, 2000, 197 P.

**THELO FILS – LIEN**, *Les mutuelles de santé de Thiès et la question de la gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal*, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, UCAD, 2003, 144 P.

**TINE JOSEPH**, *Contribution à la mise en place de mutuelles de santé dans la commune de Ziguinchor dans le cadre du Projet de santé communautaire initié par Pacte : cas des quartiers périphérique de Alwar (Kandialan, Kandé, Lyndiane et Peyrissac)*, Mémoire de fin d'études, ENEA, 72 P.

- **Revue**

**Courrier de la concertation**, *Forum 2002 de la concertation : Actes du Forum*, N°9, Janvier 2003, 104 P.

**Echos de la santé**, *Financement de la santé : les tendances mondiales en matière de réforme des soins de santé*, N°4 Mars – Avril 95.

# **ANNEXES**

# **ANNEXES**

## **DEDICACES**

A mon père Ousmane BA et à ma mère Marème NDIAYE pour tous les efforts et sacrifices consentis en vue de notre réussite.

A mes frères et sœurs pour leur sens de l'amour et du partage.

A feu notre cousin Matar Mbodj, très tôt arraché à notre affection.

A mes belles – sœurs et beaux frères pour l'affection qu'ils portent à la famille.

A mes cousins Tanor FALL, Thierno BA et mes amis Cheikh SEYE, Bouyo DIOP, Matar DIALLO pour leur soutien moral permanent.

A mes meilleures amies Awa Soumaré FALL, Nènè KA, Awa MBAYE, Adja Marame NIANG, Astou NDOYE, Rokhaya BEYE. Que les liens qui nous unissent durent éternellement.

A Papis SECK, Tapha SECK, Daouda NDAW et tous leurs voisins de l'EISMV.

A mon cousin Birama Gaye et à toute sa famille pour l'intérêt qu'il porte à mes études.

A tous mes camarades de promotion particulièrement Ramatoulaye NDAW, Adama TAMBEDOU, Fatou NDIAYE, Yoro BA, Nini DIOUF, Aliou Diouf, Sadio BA GNINGUE, Lissa SADIO , Annie FAYE, Benoît TINE, Adama SADIO, Mamadou SENGHOR.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements et notre profonde gratitude vont :

- à M.Moustapha TAMBA, notre directeur de Mémoire, avec qui nous avons commencé à travailler sans difficultés et dont nous avons regretté la longue absence par la suite;
- à M.Boubacar LY et Paul DIEDHIOU qui ont pris le relais et ont bien voulu nous consacrer beaucoup de leur temps et de leur attention patiente;
- à Mme Fatoumata BEYE GAYE, Secrétaire Exécutive du PROFEMU, Mme Sippa LY MBENGUE, Gérante de la mutuelle *Wer Werle* ainsi qu'à son assistante Fatou THIOUB pour leur disponibilité et leur aide précieuse ;
- à tout le personnel du PROFEMU et les membres de *Wer-Werle* particulièrement Khady BA SOW, Aïssata DIA, Maïmouna NDIAYE, Fatoumata DIA, Coumba YAYE, Yacine LY et Diariëtou DRAME. Elles ont été d'un immense apport à la phase de terrain ;
- à Mamadou NDOYE, sociologue, à qui nous devons beaucoup : conseils, remarques, encouragements et dont le soutien ne nous a jamais fait défaut;
- à Maïssa DIAO dont les lectures critiques et les suggestions apportées à cette étude nous ont été très utiles ;
- à Boucounta KEBE et à Samba Tall pour leur soutien amicalement attentif ;
- à M.M Aly CISSE et Pape Senghane GNING de STEP/BIT, ainsi qu'à M.Mbaye SENE de la CAMICS ;

- à tous ceux qui nous ont aidée à rassembler la documentation nécessaire : M.El Hadji DIAGNE de la Direction de la Santé, M.Laurent Vidal de l'IRD, M.DIALLO, documentaliste à l'OMS et M.Hyacinthe MONTEIRO de l'Enda ;
- à M.Ibra DIENE, Professeur au Département de Lettres Modernes à l'UCAD qui nous a toujours accompagnée ;
- à tout le corps professoral du département de sociologie et aux moniteurs Youssou SARR et Sidi BA ;
- à mes grandes sœurs Yaye Fatou BA et Aminata BA qui ont assuré le meilleur de la saisie ;
- A mes "aînées" Mame Khady BA et Fatimata KANE pour les encouragements et conseils.

A nos parents, amis et tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

## SIGLES & ABREVIATIONS

- A.G :** Assemblée Générale
- B.E :** Bureau Exécutif
- B.I.T :** Bureau International du Travail
- C.A :** Conseil d'Administration
- CAMICS :** Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, IPM et Comités de Santé
- C.H.U :** Centre Hospitalier Universitaire
- C.S :** Comité (ou Conseil) de Surveillance
- C.S.S :** Caisse de Sécurité Sociale
- D.P.S :** Direction de la Prévision et des Statistiques
- D.S.S.P:** Division des Soins de Santé Primaires
- D.S.R.P :** Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
- E.D.S :** Enquête Démographie Santé
- E.S.A.M :** Enquête Sénégalaise sur les Ménages
- E.S.I.S :** Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
- I.B :** Initiative de Bamako
- I.P.M :** Institut de Prévoyance Maladie
- I.P.R.E.S :** Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
- M.E.C :** Mutuelle d' Epargne et de Crédit
- M.E.G :** Médicaments Essentiels Génériques
- O.M.D :** Objectifs du Millénaire pour le Développement
- O.M.S :** Organisation Mondiale de la Santé
- O.N.G :** Organisation Non Gouvernementale
- P.H.R+:** Partnerships for Health Reform
- P.D.I.S :** Plan de Développement Intégré de la Santé
- P.N.D.S :** Plan National de Développement Sanitaire
- PROFEMU :** Programme des Femmes en Milieu Urbain
- S.T.E.P :** Stratégies et Techniques Contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté

# **GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX ADMINISTRATEURS DE LA MUTUELLE**

## **I. Identification de la mutuelle**

- Nom
- Date de création
- Date de démarrage
- Nature de la structure qui est à l'origine de la mutuelle
- Type de mutuelle

## **II. Organisation / Fonctionnement**

- Organigramme
- Fonctionnement de chaque organe
- Statut et règlement intérieur
- Source de financement de la mutuelle
- Reconnaissance ou non par l'autorité compétente
- Appartenance ou nom à une structure fédérative
- Formation des gérants de la mutuelle
- Contrôle externe de la mutuelle
- Difficultés

## **II. Relations Mutuelle / Population adhérente**

- Nombre d'adhérents
- Nombre de bénéficiaires
- Nombre d'adhérents à la date de démarrage
- Nombre de démission
- Liens existants entre les membres
- Montant et modalité de versement des cotisations
- Services couverts par la mutuelle
- Implication des membres à la définition de services couverts
- Identification des besoins et objectifs
- Gestion des risques

## **III. Relations Mutuelle / Structures prestataires**

- Structures agréées
- Critères pour le choix de ces structures
- Contrôle de la qualité des soins
- Mode de facturation des prestataires
- Politique de médicaments génériques
- Respect ou non des conventions établies

#### **IV. Relation avec les structures d'appui**

- Partenaires de la mutuelle
- Nature des appuis
- Périodicité des appuis
- Activités menées

#### **Perspectives**

- Projets à court et long terme

# **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES RESPONSABLES DES STRUCTURES PRESTATAIRES**

## **I. Identification**

- Nom
- Prénom
- Profession
- Statut

## **II. Présentation de la structure**

- Organigramme
- Rayon d'action de la structure
- Services
- Fonction de chaque service
- Données épidémiologiques
- Prestations offertes
- Difficultés

## **III. Partenariat avec la mutuelle**

- Conditions de partenariat avec la mutuelle
- Processus de collaboration avec la mutuelle
- Respect ou non des conventions établies
- Changements liés à la collaboration avec la mutuelle
- Activités menées dans le cadre du partenariat (prévention - sensibilisation---)
- Perception de la mutualité

# **GUIDE D'ENTRETIEN A L'INTENTION DES ADHERENTES**

## **I. Identification**

- Age
- Religion
- Niveau d'instruction
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfants
- Autres personnes en charge
- Liens de parenté avec ces personnes
- Activité professionnelle
- Activité professionnelle du conjoint
- Lieu de résidence

## **II. Besoins et recherche de soins**

- Date de l'adhésion
- Raisons de l'adhésion
- Membres de la famille couverts par la mutuelle
- Problèmes particuliers de santé
- Fréquence de l'utilisation des services de la mutuelle
- Nature des services reçus
- Services sollicités et qui ne sont pas parmi les prestations couvertes
- Point de vue sur la qualité des soins
- Point de vue sur le coût des soins
- Fréquence des consultations au niveau des structures sanitaires depuis l'affiliation à la mutuelle
- Premiers recours thérapeutique en cas de maladie
  - Les raisons
- Pratique ou non de l'automédication
  - Les raisons
  - Nature des produits utilisés
- Recours ou non à la médecine traditionnelle
  - Les raisons

## **III. Connaissance et implication**

- Niveau de connaissance des services octroyés par la mutuelle
- Point de vue sur le fonctionnement de la mutuelle
- Participation à des réunions, assemblées ou élections organisées par la mutuelle
- Participation à la prise de décisions au niveau de la mutuelle
- Rapports avec les gérants de la mutuelle

- Rapports avec les prestataires de services

#### **IV. Revenus et participation financière des membres**

- Impact du crédit sur les revenus
- Perception sur le montant et la périodicité des cotisations
- Difficultés ou non dans le paiement des cotisations
  - Les raisons
- Retard ou non dans le versement des cotisations
  - Les raisons

#### **V. Santé, solidarité et sécurité**

- Liens particuliers avec les autres membres de la mutuelle
- Apport de l'adhésion à la mutuelle à votre état sanitaire
- Apport de l'adhésion à la mutuelle à votre activité professionnelle

Attentes par rapport à la mutuelle

## CARACTERISTIQUES DES FEMMES INTERVIEWEES

**Tableau 1 : Répartition des adhérentes selon l'âge**

<b>AGE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
20 -30	5	9
30 - 40	16	27
40 -50	23	40
50 - 60	11	19
60 et plus	03	05
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 2 : Répartition des adhérentes selon la situation matrimoniale**

<b>SITUATION MATRIMONIALE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Célibataire	4	7
Mariée	47	81
- <i>Monogamie</i>	22	38
- <i>Polygamie</i>	25	43
Divorcée	1	1
Veuve	6	10
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 3 : Répartition des adhérentes selon le nombre d'enfants**

<b>NOMBRE D'ENFANTS</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
0	3	5
1 - 5	22	38
5 - 10	29	50
10 - 15	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 4 : Répartition des adhérentes selon le nombre de personnes en charge**

<b>PERSONNES EN CHARGE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
0	15	26
1 - 5	31	54
5 - 10	10	17
10 - 15	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 5 : Répartition selon le niveau d'instruction**

<b>NIVEAU DE SCOLARISATION</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Aucune	25	43
Primaire	17	29
Secondaire 1	11	19
Secondaire 2	03	5
Universitaire	00	0
Formation professionnelle	02	4
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 6 : Répartition des adhérentes selon l'activité professionnelle**

<b>ACTIVITES PROFESSIONNELLES</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Ménagère	5	9
Petite commerce	39	67
Profession des services	12	21
Autres	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tableau 7 : Répartition des adhérentes selon le secteur d'activités du conjoint**

<b>ACTIVITES PROFESSIONNELLE DU MARI</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Aucune (chômeur, retraité)	16	35
Activités de productions	19	40
Professions commerciales et des services	10	21
Employé	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>